Aus der Abteilung Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. H. Heimann
der Nervenklinik der Universität Tübingen

Brust- und Genitalkrebs bei der Frau — Gibt es Ursachen im seelischen Bereich?

Eine kritische Beurteilung der Untersuchungen seit 1950

INAUGURAL—DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
EVELINE KEHRLE
aus Echterdingen

1986

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543903_0079

Aus der Abteilung Allgemeine Psychiatrie mit Poliklinik
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. H. Heimann
der Nervenklinik der Universität Tübingen

Brust- und Genitalkrebs bei der Frau — Gibt es Ursachen im seelischen Bereich?

Eine kritische Beurteilung der Untersuchungen seit 1950

INAUGURAL—DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
EVELINE KEHRLE
aus Echterdingen

1986

Dekan:	Professor Dr. J. Dichgans
1. Berichterstatter:	Professor Dr. W. Kretschmer
2. Berichterstatter:	Professor Dr. V. M. Roemer

---

gedruckt 1987 bei H.-J. Köhler , Reprografischer Betrieb , Tübingen

Inhalt

	Seite
1. Einleitung	1
2. Entwicklung der psychosomatischen Krebsforschung	3
3. Problemstellung und Gliederung der eigenen Arbeit	8
4. Der psychosomatische Ansatz: mögliche Untersuchungsmethoden	11
retro- und prospektive Untersuchung	12
psychometrische Fragebögen	12
projektive Testmethoden	13
Interview, Anamnese, Fragebogen	14
Wahl einer Kontrollgruppe	14
Alter der untersuchten Frauen	19
5. Ergebnisse der psychosomatischen Krebsforschung	24
A Erlebnisse in Kindheit und Jugend	24
B Ereignisse vor Krankheitsausbruch	27
C Beziehungen zu den Mitmenschen	28
D Persönlichkeitsmerkmale	34
E Die Hypothesen von L.Leshan	41
F Die Komplentaritätstheorie von C.B.Bahnson	45
6. Bewertung der Untersuchungsmethode	48
7. Bewertung der Untersuchungsergebnisse	57
8. Zusammenfassung	64
9. Kurzzusammenfassung	69
10. Literaturhinweise	71

1, Einleitung

Krebs ist, wenn man von den im Vergleich damit seltenen Autoimmunkrankheiten absieht, wohl die einzige Krankheit des Menschen, über deren Ursachen man sich nicht im Klaren ist. Es werden Viren, radioaktive Strahlung, chemische Stoffe und metabolische sowie genetische Einflüsse in der Ätiologie diskutiert (Zippin 1971); aber bisher konnte nichts Definitives ausgesagt werden.

Auch die Therapie des Krebses kann keine durchschlagenden Erfolge verzeichnen: die Operation verstümmelt den Körper oftmals, und Strahlen- und Chemotherapie zerstören mit dem Krebsgewebe so viel gesundes Gewebe, daß der Körper anderen Schädigungen keinen Widerstand mehr entgegensetzen kann.

Baltrusch (1964c) hält gar Zytostatika eher für Psychotherapie der Ärzte als Kausaltherapie des Krebskranken.
Es ist also nicht verwunderlich, wenn in der Bevölkerung vor keiner anderen Krankheit so viel Angst besteht wie vor Krebs.
Lockhard faßt dies sehr anschaulich zusammen:
Krebskrankheiten "sind wie Krebstiere, als meist unsichtbare Lebewesen der Nacht, die sich in unberechenbarem 'Krebsgang', scheinbar widersinnig, fortbewegen. Sie sind unangreifbar, ihrerseits aber aggressiv, zupackend, mit starrem Blick verfolgend, unersättlich, Qualen bereitend und den Tod des Opfers zum Ziele habend. "(in Meerwein 1981).

Ein Mensch kann innerhalb von Minuten einem Herzinfarkt erliegen oder durch einen Unfall sterben, aber jahrelang mit Krebs leben, ohne dadurch in seiner Lebensqualität beeinträchtigt zu sein, und dennoch besteht kaum eine Angst vor Herz-Kreislauf-Krankheiten und Unfällen; diese werden sogar als zum täglichen Leben gehörig akzeptiert, Krebs niemals. (Meerwein 1981).

Nach Lehmann (1979) weckt Krebs Vorstellungen "von einem Tier das einen auffrißt, weckt Vorstellungen vom kollektiven Unbewußtsein; Krebs stellt einen asozialen Prozeß der biologischen Norm dar." Eine sehr eigenwillige Erklärung gibt Lang-Stevenson in Baltrusch (1964a): Krebs ist als evolutive Defensivreaktion des Organismus zu verstehen, entsprechend der Autoamputation und Regeneration bei niederen Lebewesen." Es muß schließlich mit K.-H. Bauer gesagt werden: "Urgrund des Krebsproblems ist immer der krebskranke Mensch." (in Fritzsche 1979).

Eine besondere Belastung für die Frau stellt sicherlich die Erkrankung an Brustkrebs oder Genitalkrebs dar, sind doch Brust- und Genitalorgane Symbole der Weiblichkeit, der Fruchtbarkeit (Reznikoff 1955).

Besonders die Brust spielt eine Rolle für das Gefühl der Vollwertigkeit, für das Aussehen, die Partnerbeziehung, die Sexualität (Wenderlein 1979). Eine Erkrankung dieser Organe stellt einen Angriff auf das Selbstverständnis der Frau dar.

2. Entwicklung der psychosomatischen Krebsforschung

Welche Bedeutung muß man der psychosomatischen Forschung in der Krebsätiologie beimessen? Der Trend geht immer mehr dahin, psychischen Ursachen einen wesentlichen Stellenwert zu geben - sogar Schriftsteller befassen sich mit Krebs. Sie meinen und formulieren, daß ihre Lebensentwicklung und -bedingungen auch einen Bezug zur jeweiligen Krankheit haben können (Krause 1983): Maxie Wander - Leben wär'eine prima Alternative;
Anne Cuneo - Passage des Panoramas, eine Reise zum eigenen Ich;
Fritz Zorn - Mars.

Der Gedanke an die psychische Verursachung des Krebses ist älter als die Psychologie selbst (Kehrer et al., 1959; Ziegler, 1982): Hippokrates vertrat die Ansicht, daß die bei melancholischen Menschen überwiegende "schwarze Galle" Krebsauslöser sei. Auch Galen glaubte, daß melancholische Menschen häufiger an Krebs erkrankten als sanguinische.

Blohmke(1979) vertritt eine sozio-psycho-somatische These:
der Mensch entbehre heute völlig seiner natürlichen Umgebung, seiner natürlichen Instinkte, seines religiösen Glaubens - was also sollte er den Bedrohungen seiner Zeit entgegensetzen, wie mit der Angst fertigwerden, wenn er über seine Situation nachdenkt?
Ist das konfliktverleugnende Verhalten, von dem in der Ätiologiedisskusion vielfach die Rede sein wird, vielleicht sogar eine Überlebensstrategie welche das Carcinom nicht negativ beeinflußt, hervorgehend aus den urmenschlichen Motivationen, Bedürfnisse zu befriedigen, unangenehme Folgen zu vermeiden? (Bräutigam 1981, Verres 1978).

Oder stehen gar anlagebedingte körperliche Faktoren zeitlich am Anfang, muß man von einem somato-psycho-somatischen Geschehen sprechen? (Bräutigam 1981, Zippin 1971).
Ist Krebs ein Tribut an die Zeit, resultierend aus dem Spannungsverhältnis Individuum - Umwelt? (Fritzsche 1976, Baltrusch 1963b).
Vielfach wird der Krebs als Prototyp selbständigen Geschehens angesehen, kommt doch neoplastisches Wachstum auch im Tier- und Pflanzenreich vor. Jedoch hat er immer einen lebendigen Partner - seinen Wirtsorganismus, was diese Aussage widerlegt (Baltrusch 1963b).

Es tut sich die Frage auf, ob des den Krebspatienten überhaupt gibt (Baltrusch 1964b), oder ob die sogenannte Krebspersönlichkeit uneinheitlich ist (Bräutigam 1981).
Die Antworten hierauf sind kontroverser Natur, dennoch kann man beim Carcinom nicht von einem völlig autonomen Geschehen sprechen, es muß die psychosomatische These aufrechterhalten werden (Becker 1979).
Baltrusch (1963a) sagt hierzu: "Die psychische Kompenente ist als sehr wahrscheinlich anzusehen, jedoch wird sie jemals beweisbar sein? Sollen wir deshalb diese Wahrscheinlichkeit zurückweisen? Tun wir recht, jede Hypothese abzulehnen, die nicht auf eine beweisbare Grundlage gestellt werden kann?
Es ist kein Ignorieren möglich, obwohl für nicht-somatische Einflüsse auf das Carcinom noch kein Konzept existiert; die Einflüsse sind komplexer Natur!"
1964 sagt er jedoch einschränkend, daß man bei der Erfassung psychologischer Tatbestände das körperliche Moment nicht übersehen dürfe. Es gebe, so Neumann 1959 und Kehrer & Rütter 1959, durchaus auch sehr überzeugende Risikofaktoren außer den psychischen (z.B. beim Cervix-Ca) und auch Patienten ohne (erkennbaren!) psychischen Zusammenhang.

Auch nach 2o Jahren scheint man sich noch nicht wesentlich über diese sehr allgemein und abstrakt gehaltenen Aussagen hinausentwickelt zu haben:

Fritzsche wiederholt 1979 mit seiner Aussage, daß man keine isolierte psychogenetische Konzeption aufstellen solle, sondern die Umweltsituation ein Teil der Gesamtsituation des Menschen sei, die Aussage Baltruschs (1963b), der eine Gefahr darin sah, daß die Krebsforschung in einen rein psychischen und einen rein organischen Ansatz zerfalle, wobei doch der co- bzw. syncarcinogene Ansatz der richtige sei.

Schon Wheeler (1955) beurteilte die psychosomatische Krebsforschung sehr zurückhaltend: da sie ein neues Gebiet sei, sei bei der Erstellung von Hypothesen besondere Vorsicht und Strenge geboten, denn die Veröffentlichungen trügen mehr Gewicht, da bislang so wenig Informationsmaterial darüber verfügbar sei.

Auch 27 Jahre später noch fordert Hehlmann (1982) Zurückhaltung, bis sich dieser Forschungszweig konsolidiert habe. Die Komplexität der Zusammenhänge übersteige unser derzeitiges Wissen (Bammer 1981), Jäger & Gosslar (1981) behaupten sogar, die Publizität einiger weniger Forscher stehe den tatsächlichen Erkenntnissen diametral gegenüber.

Offensichtlich ist kein Fortschritt zu verzeichnen.

Der Psychosomatik wird auch heute noch mit Zurückhaltung und Widerstand begegnet, da die "subjektive Methode" mit ihren anderen Beobachtungstechniken schwer verständlich ist (nicht der Körper, sondern das Verhalten wird nun zum Untersuchungsgegenstand) (Baltrusch 1963b).

Dem naturwissenschaftlich orientierten Arzt gar ist Psychosomatik hinderlich, da er im Patienten nur das beobachtbare Objekt sieht; Psychosomatik jedoch setzt Ängste und Abwehrmechanismen frei, indem unbewußte Faktoren in Arzt und Patient mobilisiert werden (Ehlhardt 1982). Dadurch beunruhigen diese "Außenseitermethoden" den Kranken und seine Angehörigen,

führen zu Schuldvorwürfen, die im Hinblick auf den tatsächlichen Wissensstand nicht gerechtfertigt sind (Bräutigam 1981).

Bräutigam fordert sogar, organmedizinische Wissenslücken nicht durch verstiegen und idealistisch anmutende psychogenetische Theorien auszufüllen, und auf diesselben als einzige Ursache gänzlich zu verzichten. Auch Krause (1983) und Fischer (1956) sind der Ansicht, daß die Befunde hypothetisch und kontroverser Natur seien und daher Vorsicht bei der Festlegung auf kausale Beziehungen geboten sei.
Nach Pauli (1972) ist denn auch der enthusiastische Tenor früherer Zeiten kritischer Zurückhaltung gewichen, man sei in Untersuchungen, Formulierungen und Interpretationen sorgfältiger, genauer und vorsichtiger geworden.
Baltrusch (1963b) ("Psychosomatik ist nur ein Werkzeug in der Carcinombehandlung") wie auch Wirsching (1979) und Jäger (1981) halten die Erkenntnisse der psychosomatischen Krebsforschung für von geringer Bedeutung. Sie stellten lediglich eine ökonomische Ausgangsbasis dar für zukünftige prospektive Untersuchungen, für Präventivmaßnahmen bezüglich Risikodeterminanten und für die psychosoziale Nachsorge.

Eine positivere Einstellung zum Thema "Psychosomatik und Krebs" ist bei Fritzsche (1976) zu finden:
"Die Skepsis ist heute einem vorsichtigen Optimismus gewichen, da zahlreiche verschiedene Untersuchungen unabhängig voneinander zu Resultaten gekommen sind, die in wesentlichen Punkten übereinstimmen: der 'rote Faden' ist erkennbar."
Eine einheitliche Krebsentstehungstheorie sei andeutungsweise vorhanden, jedoch seien mehrere Ansätze möglich und auch notwendig, wenn man die Multikausalität zugrunde lege.

Fritzsche spricht von der "Konvergenz spezifischer Intoleranzen", von einer "allgemein toxischen Gesamtsituation" (das soziale Klima, seelisch-

körperliche Erschütterungen und stoffliche Substanzen betreffend).
Er zieht Parallelen zwischen der entdifferenzierten neoplastischen Zelle, in embryonalem Zustand, und dem Patienten als psychisch regressiv, kindlich, infantil. (s.a. Lang-Stevenson).
Auch Petschke ist schon 1956 der Meinung, daß die Beziehungen zwischen Krebs und Psyche nicht nur als Zug der Zeit, als "Modetrend" anzusehen seien, denn die Resultate seien nicht zu übersehen.
Er scheint jedoch kritiklos Forschungsergebnisse zu übernehmen, denn bis 1956 waren nun wirklich noch keine wissenschaftlich ernstzunehmenden Studien durchgeführt worden. Das wird bei einer folgenden Äußerung auch deutlich:
angesichts der Bedeutung des Krebsproblems erscheine jeder offensichtlich brauchbare Hinweis der Diskussion und Ausweitung wert. Auch Neumann (1956) ist der Ansicht, daß angesichts der Tragweite des Krebsproblems jeder Weg, der Aussicht auf Erfolg verspricht, versucht werden sollte.

Meiner Meinung nach ist diese Aussage auch heute noch uneingeschränkt gültig, und man kann wohl mit Bräutigam (1981) sagen, daß das Thema "Krebs" als Prüfstein und Herausforderung in der Forschung der Psychosomatik angesehen werden kann: "Sie weiß zu viel, um übergangen zu werden, aber zu wenig, um einen sicheren Beitrag zur Ätiologiediskussion leisten zu können."

3. Problemstellung und Gliederung der eigenen Arbeit

Einen ersten Zugang zur Thematik meiner Arbeit fand ich über das "Lehrbuch der psychosomatischen Medizin" von Th. Uexküll.
Darin fand ich den von C.B. Bahnson verfaßten Artikel:
"Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension" mit einer Fülle an Literaturhinweisen zum Thema.
Insbesondere beachtete ich natürlich diejenigen Veröffentlichungen, welche sich auf Brust- oder Genitalkrebs bei der Frau bezogen.
Sodann schaute ich systematisch sämtliche Jahrgänge der folgenden Zeitschriften nach Veröffentlichungen zu meinem Thema durch:

Archives of general psychiatry
Journal of psychosomatic research
Psyche
Psychosomatic medicine
Psychosomatics
Psychotherapy and psychosomtics
Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse
Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie
Social science and medicine

Auch all jenen Literaturhinweisen, die für meine Arbeit bedeutsam erschienen, ging ich nach.

Zusätzlich schrieb ich Frau Viola Frick und Herrn H.J.F. Baltrusch um Literaturlisten an.

Frau Frick war lange Zeit Psychologin an der Universitätsfrauenklinik Tübingen, und Herr Baltrusch war mir durch mehrere Veröffentlichungen zum Thema "Krebs und Psyche" bekannt geworden. Er ist Vorsitzender der EUPSYCA (Europäische Arbeitsgemeinschaft für psychosomatische Krebsforschung) in Deutschland.
Über die Literaturlisten folgender Bücher konnte ich meine eigene Auswahl erweitern:

Bammer, Kurt: "Krebs und Psychosomatik"
Meerwein, Fritz: "Einführung in die Psychoonkologie"
Ziegler,Gismar: "Psychosomatische Aspekte der Onkologie"

Ergänzend suchte ich im Index Medicus unter den Stichworten "Cancer of the Breast", "Gynecological cancer", "Psychosomatics" nach entsprechender Literatur.

Die gesammelte Literatur wurde sorgfältig durchgelesen und den beiden Themenbereichen "Brustkrebs" - "Genitalkrebs" zugeordnet. Dort wurde dann nochmals unterteilt in Veröffentlichungen von Studien an Frauen mit Krebs und in Übersichtsreferate. Die Studienveröffentlichungen wurden dann untersucht hinsichtlich der Art der durchgeführten Forschungen und bezüglich der Ergebnisse.

Schon sehr früh entschloß ich mich, meine Arbeit nicht über die Krebskrankheit allgemein zu schreiben, sondern sie auf Brust- und Genitalkrebs bei der Frau zu beschränken. Denn bilden schon die an Brustkrebs oder Genitalkrebs erkrankten Frauen eine in sich völlig heterogene Gruppe, um wieviel größer ist die Heterogenität dann, wenn alle Krebskranken zusammengefaßt werden.

Männer reagieren ganz anders als Frauen, alte anders als junge Menschen. Das Herkunftsmilieu spielt eine Rolle bei der Untersuchung mit psychologischen Tests, ebenso wie die Bildung, außerdem ist es falsch, alle an einer Art von Krebs Erkrankten als identisch zu betrachten. Denn bekanntlich gibt es verschiedene histologische Typen, ein und dasselbe Organ kann somit auf viele verschiedene Arten in unterschiedlichen Stadien an Krebs erkranken (Zippin 1971).

Geht man davon aus, daß ein Organ, bevor es, auf welche Weise auch immer, erkrankt, eine negative Besetzung erfährt, und jedes Organ im Körper eine andere Rolle hat, so muß die Brustkrebskranke eine andere psychische Konstellation haben als die an Genitalkrebs Erkrankte oder der Magenkrebspatient: psychische Konflikte drücken sich aus in einem bestimmten Organ mit einer bestimmten Rolle im Organismus, je nach der Art des Konfliktes. (Schreiweis 1980), (Schmale 1966: Problem der spezifischen Organwahl), (Roemer 1954).

Zusammenfassend muß man also sagen, daß Krebs als ein Eponym für viele verschiedene Erkrankungen bei vielen verschiedenen Individuen verstanden werden muß, die sich in physichen und psychischen Voraussetzungen völlig unterscheiden.

4. Der psychosomatische Ansatz: Mögliche Untersuchungsmethoden

In den letzten Jahren gewinnt in zunehmendem Maße die Suche nach psyischen Ursachen des Krebs an Bedeutung.
Der Körper wird in seiner Gesamtheit betrachtet: welchen Einfluß hat eine psychische Störung auf die Entwicklung einer Krankheit, auf die Krebsentwicklung? (Baltrusch 1980)

Es gibt grundsätzlich die Möglichkeit, bei der Exploration von Patienten hinsichtlich von Risikofaktoren die Untersuchungen vor dem Manifestwerden der Erkrankung (=prospektiv) oder nach dem Manifestwerden der Erkrankung (=retrospektiv) durchzuführen.

Studien an	Brustkrebs-patientinnen	Genitalkrebs-patientinnen	Brust- und Genitalkrebspat.
Anzahl der Studien	21 (1315 Pat.)	13 (960 Pat.)	7 (510 Pat.)
davon -prospektiv	10 (396 Pat.)	3 (42 Pat.)	
-retrospektiv	11 (919 Pat.)	10 (918 Pat.)	alle Studien sind retrosp.

Außer bei den Brustkrebspatientinnen überwiegen die retrospektiven Untersuchungen, welche ja auch leichter durchzuführen sind. Die prospektiven Untersuchungen sind "bedingt" prospektiv durchgeführt worden: d.h., die Frauen wurden vor der Probebiopsie befragt, nachdem sie schon einige Voruntersuchungen wie Palpation, Thermographie, Mammographie, Blutuntersuchungen über sich ergehen lassen mußten; eine völlige Ahnungslosigkeit ist also nicht mehr vorhanden.

Die psychologische Exploration wurde bei den Frauen in den mir zur Verfügung stehenden Studien auf verschiedene Art durchgeführt:
die Patientinnen wurden mittels Interview, Anamnese, Fragebogen, "persönlicher Beobachtung", dann auch mit speziellen psychometrischen Testmethoden wie dem MMPI, STAI, MPI, IPAT, HDHQ, usw. untersucht.
Außerdem kamen noch projektive Tests wie der bekannte Rorschach, das TAT, der Sentence Completion Test, usw. zur Anwendung.

Kurz sollen die drei bekanntesten psychometrischen Persönlichkeitsfragebögen (MMPI, FPI, GT) sowie der Rorschach und das TAT vorgestellt werden (nach Rosemeier:
Medizinische Psychologie, Enke Stuttgart, 1978).

Der Testkonstrukt des Minnesota Multiphasic Personality Inventory = MMPI soll "wesentliche Persönlichkeitsbereiche, die charakteristisch sind für krankhafte oder in anderer Weise störende psychische Auffälligkeiten" aufdecken.
Es handelt sich um ein Testheft, das 566 zu 10 Standardskalen zusammengefaßte Fragen umfaßt, und 4 Kontrollskalen beinhaltet. (Hathaway, McKinley 1963).
Objektive Auswertung sei gewährleistet.

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI von Fahrenberg, Selg und Hampel (1973) erfaßt "Persönlichkeitseigenschaften, insbesondere interessieren dabei die Themenbereiche der psychovegativen Labilität (emotionale L.), der Extraversion und der Aggressivität."
212 Items sind zu 9 Skalen zusammengefaßt, die Auswertung erfolgt nach geschlechts- und altersdifferenzierten Normen objektiv.

Der Gießen-Test = GT (Beckmann und Richter 1975) ist an der psychoanalytischen Theorie orientiert. Er gibt das reale und ideale Selbstbild des Probanden wieder in Bezug auf emotionale Grundbefindlichkeiten, Ich-Qualitäten (Ängstlichkeit, Depressivität; Introspektion, Phantasie, Durchhaltefähigkeit, Selbstkritik, Durchlässigkeit) und soziale Beziehungen. Außerdem liegt eine Form für das Fremdbild (z.B. Ehepartner) vor. Es ist ein Fragebogen mit 40 Aussagen, von denen der Proband auf 7stufigen Skalen angibt, inwieweit sie mit seinem Selbstbild übereinstimmen. Die Items werden in 6 Skalen zusammengefaßt.

Der Rorschach-Test (1921, 1973) von Rorschach, ein projektiver Test, läßt aufgrund vielfältiger klinischer Hinweise "Rückschlüsse zu auf die Persönlichkeitsstruktur und -dynamik eines Menschen."
Er besteht aus 10 Bildtafeln mit annähernd symmetrischen, schwarzweißen und farbigen Kleksfiguren.
Die Auswertung erfolgt subjektiv, nicht elementaristisch, sondern auf dem Boden tiefenpsychologischer Gesichtspunkte ganzheitlich und dynamisch orientiert.
ussagen über Normen und Gütekriterien sind nur schwer möglich, und daher ist der Rorschach nicht unwidersprochen geblieben.
Die Angaben des Probanden werden nach Gestalts-, Farb-, Form und Inhaltsgesichtspunkten sowie nach Reaktionsauffälligkeiten, Antwortzahl, Reaktionszeiten geprüft. Aussagen über Intelligenz, Antriebsbereiche, komplexe soziale Beziehungen sind möglich. (Bohm 1972: Lehrbuch der Rohrschach-Psychodiagnostik, Huber, Bern, 1972).

Der Thematische Apperzeptionstest = TAT schließlich soll anhand von projektiven Bilddeutungen Einblick geben in die Motivations- und Konfliktstruktur des Individuums.

Von 31 Bildtafeln mit mehrdeutigen Szenen werden dem Probanden 10 thematisch relevante Tafeln (je nach Alter und Geschlecht) vorgelegt. Auch hier ist die Auswertung subjektiv, auch hier sind Normen und Gütekriterien wegen des projektiven Charakters des Tests, der nicht-numerischen Auswertung und der geringen Objektivität nur schwer bestimmbar. Auch beim TAT steht die impressionistische klinische Brauchbarkeit einer uneindeutigen testmethodischen Qualität gegenüber.

Der TAT wurde 1943 von Murray entwickelt.

Vielfach wurden die Untersuchungsmethoden miteinander kombiniert: z.B. Fragebogen und psychometrischer Test und / oder projektiver Test, etc. In den meisten Studien wurden die Frauen einem persönlichen Interview unterzogen.

Darüberhinaus sind bei den Brustkrebspatientinnen häufiger psychometrische Tests angewandt werden als projektive Methoden, während das bei den Frauen mit Genitalkrebs ausgewogen ist. Die vergleichenden Untersuchungen bedienen sich überwiegend projektiver Tests.

a) Wahl psychometrischer Fragebögen

-- Untersuchungen an Brustkrebspatientinnen

12 mal (620 Pat.)

davon	MMPI	3 x (2prosp.,84 Pat.;1retro.,25Pat.)
	MPI (EPI,EPQ)	5 x (3prosp.,176Pat.; 2retro.,132P:)
	STAI	2 x (2prosp.,107Pat.)
	IPAT	1 x (prosp.,27Pat.)
	HDHQ	1 x (prosp.,69Pat.)

1 Studie benützte sogar 7 verschiedene psychometrische Tests:

BIV, FPI, PSS25, ENNR, FBL, MAS, ILE (231Pat.,retrosp.)

-- Untersuchungen an Genitalkrebspatientinnen

7 mal (475Pat.)

davon	MMPI	3 x (2prosp.,42Pat.;1retrosp.,?)
	MPI,EPI	4 x (4retrosp.,352Pat.)
	GT	1 x (retrosp.,50 Pat.)
	FPI	1 x (retrosp.,50Pat.)

--(vergleichende) Untersuchungen an Frauen mit Brust- und Genitalkrebs

2 mal

davon:	NSQ	1 x (7Gen.-Ca,10Brustkr.)
	SAF	1 x (" ")

b) Wahl projektiver Testmethoden

-- Brustkrebspatientinnen

4 mal (139Pat.)

davon:	Hamilton Rating Scale	1 x (prosp.,69Pat.)
	TAT	1 x (prosp.,25Pat.)
	Sentence Completion Test	1 x (prosp.,25Pat.)
	Haus-Baum-Person-Maltest	1 x (retro.,20Pat.)

-- Genitalkrebspatientinnen

7 mal (140Pat.)

davon:	Rorschach	2 x (retro.,44Pat.)
	TAT	1 x (retro.,22Pat.)
	Farbpyramidentest	1 x (retro.,22Pat.)
	Rosenzweig	2 x (Prosp.,33Pat.)
	Witkin Rod and Frame	1 x (prosp.,19Pat.)

-- Genital- und Brustkrebspatientinnen

6 mal

davon:	Rorschach	3 x (83Br.,55Gen.)
	Figure Drawing	2 x (31Br.,31Gen.)
	Rosenzweig	1 x (20Br.,20Gen.)

c) Wahl von Interview, Anamnese, Fragebogen, "persönl. Beobachtung"

-- Brustkrebspatientinnen

Fragebogen: 8mal (4prosp.,144Pat.; 4retro.,386Pat.)

Interview, Anamnese: 9mal (prosp.,231Pat.; 4retro.,466P.)

Psychoanalyse: 2mal (1prosp.,1Pat.;1retro.,5Pat.)

Auswertung von Mortalitätsstatistiken: 1mal (25Pat. mit Br.-Ca, 78 mit versch. Ca)

-- Genitalkrebspatientinnen

Fragebogen: 3mal (retro.,300Pat.)

Interview, Anamnese: 8mal (5retro.,438Pat.; 3pro.,42Pat.)

(davon 1 tiefenpsychologisches Interview an 50 Frauen)

-- Brust-und Genitalkrebs

Anamnese: 2mal (11Br.,19Gen.,+206Fr. Br/Gen.)

Interview 2mal (31Br.,31Gen.)

d) Die Kontrollgruppen

Kontrollgruppen sind wichtig für das Herausarbeiten der psychologischen Merkmale.

Betrachtet man die vorliegenden Studien hinsichtlich der Kontrollgruppen, so ist erkennbar, wie vielfältig diese sind, im Vergleich zur Carcinom-Gruppe, die doch (relativ) einheitlich ist, sowohl bezüglich ihrer Größe und ihres Alters. Meist sind die Patientinnen älter als die Kontrollpersonen. In einigen Studien wurde sogar ohne Kontrollen gearbeitet. Kontrollpatientinnen mit benignen Tumoren und gesunde Frauen sind in der Überzahl.

a) Brustkrebspatientinnen

- Anzahl der Studien, die eine Kontrollgruppe haben	10 (4retro.,835Pat.; 6pro.,339Fr.)
- Anzahl der Studien, die keine Kontrollgruppen haben	2 (1pro.,1retro.) (+2psychanalyt.Studien)
- Anzahl der Studien mit mehr als einer Kontrollgruppe	5 (3x2Ko.,53+34Fr.,129+31Fr., 25+25Fr.,prosp.) (1x4Ko.,191+118+175+47Fr., retro.) (1x3Ko.,50+20+25Fr.,retro.)

Art der Kontrollgruppen

- gutartige gynäkologische Erkrankungen: 2x (2retro.,229Fr.)
- benigne Tumoren in der Brust: 8x (6pro.,325Fr.,2retro.,125Fr.)
- "gesunde "Bevölkerung: 7x (5retro.,321Fr.,2pro.,80Fr.)
- andere Tumoren: 2x (2retro.,?)
- Wöchnerinnen: 1x (retro.,53Fr.)
- chronisch somatisch Kranke (nicht Krebs): 1x retro., 118Fr.)
- Neurosen: 1x (retro.,191Fr.)
- psychiatrische Patientinnen (nicht genauer definiert): 1x (retro., 50 Fr.)

b) Genitalkrebspatientinnen

- Anzahl der Studien mit einer Kontrollgruppe: 9 (6retro,737Fr.;3prosp., 66 Fr.)
- Anzahl der Studien, die keine Kontrollgruppe haben: 3 (retrosp.)
- Anzahl der Studien mit mehr als einer Kontrollgruppe: 1 (retro.,2x100Fr.)

- Art der Kontrollgruppen

- gutartige gynäkologische Erkrankungen: 8x (5retro.,60Fr., 3pro., 66Fr.)
- Frauen bei der Vorsorgeuntersuchung: 1x (retro.,100Fr.)
- "gesunde" Frauen: 1x (retro.,7Fr.)
- andere gutartige Erkrankungen: 1x (retro.,24Fr.)
- Carcinom anderer Organe: 1x (retro.,100Fr.)

c) vergleichende Studien

- eine Kontrollgruppe haben: 3 Studien (66Fr.)
- keine Kontrollgruppe haben: 2 Studien
- mehr als eine Kontrollgruppe haben: 1 Studie (3Ko.,247+60+100Fr.)

- Art der Kontrollgruppen

- gesunde Frauen mit ähnlichem Sozialstatus: 3x (66Fr.)
- benigne Tumoren von Brust und Genitale: 2x (247+60Fr.)
- chronische Erkrankungen nicht tumoröser Art: 1x (100Fr.)

Alter der untersuchten Frauen, Brustkrebs

Krebspatientinnen	Kontrollpersonen
1. 231Pat.,keine Altersangaben (Jäger et al.,1980)	191+118+175+47Fr.,altersentspr.
2. 49Pat.,28-69J. davon: 25Fr., 28-48J.Ø 40J. 24Fr., 50-59J.Ø 61J. (Becker,1979)	------
3. 30 Pat., 30-65J. (Cramer et al.,1977)	40Fr.,im Alter,Familienstand, Schicht entsprechend
4. 100Pat.,40-65J. geteilt in: 45-54J. 55-64J. 65J. (Herms et al.,1977)	100Fr.,gleich verteilte Alterskohorten
5. 25Pat., 19-50J. Ø 42J. (Beck et al.,1975)	25Fr., Ø 33,5J.
6. 352Pat.,älter als Kontrollpersonen (Snell et al.,1979)	670Fr.;Ko.,die älter als 50 J. sind, gleichen sich den Ca-Pat. an
7. 32Pat., Ø 51,4J. (Coppen et al.,1963)	129+31Fr., in Alter und Umweltbedingungen entsprech.
8. 20Pat., 38+/-5,42J. (Brown et al.,1961)	Kol: 50Fr.,37,67+/-8,62J.,Vorsorge. Ko2: 50Fr.,33,68+/-15J.,psychiatr. Ko3: 25Fr.,wesentlich jünger, gesund, bei der Auswertung nicht berücksichtigt.
9. 25Pat.,keine Altersangaben (LeShan et al.,1960)	2x25Ko.
10. 40Pat., 27-29J: 4Pat. 30-40 : 11 41-50 : 11 51-60 : 10 61-79 : 4 (Bacon et al.,1952)	------
11. 71Pat.,30-69J.,Ø56J. (Morris et al.,1981)	33Fr.,Ø44J.
12. 18Pat.,keine Altersangaben (Wirsching et al.,1981)	38Fr.
13. 55Pat.,Ø 70J. (Schreiweis,1980)	50Fr.,im Alter entsprechend

14. 90Pat.,vor der PE, keine weiteren Angaben (Todd et al.,1978)

15. 69Pat., 40J. : 5, 40-49 : 18, 50-59 : 32, 60-69 : 14 (Greer et al.,1975) — 91Fr., 40 : 25, 40-49 : 47, 50-59 : 16, 60-69 : 3

16. 27Pat., 42J. : 6, 42J. : 21 (Schonfield et al.,1975) — 85Fr., 42J: 50, 42J: 35

17. 57Pat., keine Altersangaben (Pauli et al.,1971) — 53+34Fr.

18. 37Pat., 23-78J.,Ø 49,6J. (Muslin et al.,1966) — 23-78J., 48,9J.

19. 25Pat., keine Altersangaben (Reznikoff,1955) — 2x25Fr.

Zusammenfassung

1, insgesamt keine Altersangaben:	in 7 von 19 Studien
2. Kontrollpersonen jünger als Carcinom-Patientinnen:	in 5 von 19 Studien
3. Kontrollpersonen im Alter den Ca-Patientinnen entsprechend:	in 7 von 19 Studien
4. 2 psychoanalytische Studien:	keine "Kontrollpersonen" vorhanden, Alter der insgesamt 6 Frauen: 33,43,45,46,47; ca.40-45 Jahre (Br-Ca)

Alter der untersuchten Frauen, Genitalkrebs

	Krebspatientinnen	Kontrollpersonen
1.	9Pat. 20 - 50 Jahre keine weiteren Angaben (Schmale et al.,1971)	8Fr.
2.	52Pat., Ø52J. (Schmale et al.,1966a)	24Fr., Ø50J.
3.	19Pat. Ø 50J. keine weiteren Angaben	32Fr.
4.+5	2x100Pat. 39J. 40-49J. 50-59J. 60J. (Herms et al., 1977a+b)	gleich verteilte Alterskohorten (100Fr.)
6.	100 Pat. 45-54J. 55-64J. 65J. (Eicher et al.,1976)	gleich verteilte Alterskohorten (100Fr.)
7.	50 Pat., 15-45J. (Meier-Faust et al.,1977)	10Fr., ---
8.	14Pat., 20-53J., Ø 35,5J. (Bond et al., 1969)	26Fr., ---
9.	a) 47Pat. b) 106Pat. (Paloucek et al.,1966)	7Fr., keine Altersangaben
10.	266Pat. (Rotkin et al.,1965)	297Fr.,keine Altersangaben
11.	22Pat.,davon 15 mit guten (Ø 44J.) 7 mit schlechten (Ø 51J.) Verlauf (Shrifte,1962)	------
12.	22Pat., 34-80J. (Kehrer et al.,1959)	------
13.	100Pat., 28-76J., Ø 53,1J. (Stevenson et al.,1954)	100Ko., 21-71J., Ø 59,5J.

Zusammenfassung

1. keine Altersangaben insgesamt:	in 2 von 13 Studien
2. keine Altersangaben bezüglich der Kontrollgruppen:	in 4 von 13 Studien
3. Altersangaben hinreichend:	in 5 von 13 Studien
4. Altersentsprechung:	in 3 von 5 Studien
Kontrollen älter:	in 1 von 5 Studien
Kontrollen jünger:	in 1 von 5 Studien

Alter der untersuchten Frauen, vergleichende Studien

Krebspatientinnen		Kontrollen
Br-Ca	Gen-Ca	
1, 83Fr. keine Altersangaben (Stavraky et al.,1968)	36Fr.	Bildung zweier Extremgruppen: Längste 66Mon.,23Pat.)/kürzeste (40Mon.,30Pat.) Überlebenszeit; danach Vergleich dieser mit Pat. durchschnittlicher Überlebensdauer.
2.10Fr. Ø 52J. (Huggan et al.,1968)	7Fr.	KO mit ähnlichen sozioökonomischem Status, keine Altersangaben.
3.11Fr. 20-30J.: 2 30-40J., 9 40-50J., 11 50-60J., 7 60-70J., 1 (Neumann,1959)	19Fr.	30Fr., vorwiegend weibliche Angehörige gleicher Schicht und gleicher Gegend.
4.52Fr. keine Altersangaben (Fisher et al.,1956)	24Fr.	----
5,20Fr. Ø 50J. (Wheeler et al.,1955)	20Fr.	20Fr., Ø 50J.
6.11Fr. Ø 50J. (Tarlau et al.,1951)	11Fr. Ø 50J.	----
7. 206Fr. Ø 48J. (Németh et al.,1975)		247Fr.: Ø 43,5J. 60Fr.: Ø 26,2J. 100Fr.: Ø 44,7J.

Zusammenfassung

1. Keine ausreichenden Altersangaben zum Vergleich Br-Gen-Ko: in 5 von 7 Studien

2. Nur 2 Studien machen ausreichende Angaben bezüglich des Alters.

Sowohl bei den Krebspatientinnen als auch bei den Kontrollpersonen ist die Anzahl der untersuchten Frauen sehr gering; selten werden genaue Angaben über den gesundheitlichen Zustand der Patientinnen und Kontrollen gemacht, z.B. Krankheitsstadium, Untersuchungszeitpunkt bzw. -raum, Histologie des Tumors, etc.

5. Ergebnisse psychosomatischer Krebsforschung

Bei der Durchsicht der Studien hinsichtlich ihrer Ergebnisse kommt man zu dem Schluß, daß sich diese in die folgenden vier Gruppen gliedern lassen:

A Erlebnisse in Kindheit und Jugend

B Ereignisse vor Krankheitsausbruch

C Beziehungen zu den Mitmenschen – a) allgemein
b) zum Ehepartner
c) zu den Kindern
d) zur Mutter

D Persönlichkeitsmerkmale
a) Gefühle
b) Verarbeitungsmechanismen
c) Ich-Schwäche und Regression
d) Depressionen
e) Neurotizismus

A Erlebnisse in Kindheit und Jugend

Schon 1951 fanden Tarlau und Smalheiser bei der Untersuchung von 11 Frauen mit Brustkrebs und 11 Frauen mit Genitalkrebs, daß diese häufig in einer Familie mit Spannungen aufgewachsen waren, z.B. fehlte der Vater, die Mutter nahm eine dominierende Stellung ein.
Auch Wheeler et al. (1955) kommt zu diesem Ergebnis, er differenziert allerdings zwischen Brustkrebs und Genitalkrebs: in seinen Untersuchungen

ist die Familienmatrix bei Frauen mit Genitalkrebs gestörter als bei Brustkrebspatientinnen.

Diese Ergebnisse wurden mittels projektiver Tests und Interviews gefunden.

Nur mit Hilfe der Anamnese kam auch Neumann (1959) zu diesem Ergebnis: ihre Brust- und Genitalkrebspatientinnen waren schon als Kinder häufig mit der Sorge um jüngere Geschwister belastet, der Familienhintergrund war spannungsgeladen, da ein Elternteil eine dominierende Stellung innehatte.

Auch Reznikoff (1955) findet mittels Fragebogen und projektiver Tests, daß Brustkrebspatientinnen in der Kindheit signifikant häufiger Geschwister verloren, sie übermäßige Verpflichtungen hatten, in der Familie ein Spannungsverhältnis infolge eines dominierenden Vaters bestand.

Insbesondere führt er den Begriff der "Sandwich-Position" unter den Geschwistern ein, der von LeShan und Reznikoff (1960) wieder aufgenommen und erneut bestätigt wird: Patienten mit Carcinom nehmen oftmals eine Mittelstellung in der Geschwisterreihe ein, das jüngere Geschwister wird früher geboren als bei anderen, zum älteren Geschwister besteht ein geringerer Abstand. Dadurch wird ein psychisches Trauma durch den Verlust an elterlicher Energie, Zeit, Zuwendung, Liebe bedingt, der umso schlimmer ist, je jünger das Kind ist.

Becker et al. (1979) (Interview) und Beck et al. (1975) (tiefenpsychologisches Interview, Fragebogen, MMPI) prüften diese These an ihren Patientengruppen, konnten sie aber nicht bestätigen. Beck konnte auch hinsichtlich einer gestörten Familienmatrix keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen mit Brustkrebs und Frauen mit Mastopathie

finden, bemerkt jedoch einschränkend, daß die Mastopathie eine Präkanzerose sei und zum Ausbruch des Cacinoms nur noch das entscheidende auslösende Moment fehle (Verlusterlebnis).
Auch Schreiweis (1980) (Fragebogen) bemerkt, daß frühkindliche Objektbeziehungen und Verlusterlebnisse irrelevant seien.
Németh und Mezei (1975) und Becker finden bei ihren jüngeren Carcinom-Patientinnen häufiger Verlusterlebnisse in der Kindheit (v.a. Eltern), auch eine gestörte Familienmatrix findet sich häufiger bei den jüngeren als bei den älteren Patientinnen. Becker führt dies auf eine geringere Idealisierungstendenz und ein besseres Erinnerungsvermögen der jüngeren Frauen zurück.
Außerdem ist er der Ansicht, daß die psychische Kompenente, wenn es eine solche überhaupt gibt, bei jüngeren Menschen eine größere Rolle spiele.
Einen gestörten Familienhintergrund und Verlusterlebnisse in der Kindheit konnte Herms et al. (1977) mittels eines Fragebogens sowohl bei Genital- als auch bei Brustkrebspatientinnen finden, auch Paloucek und Graham (1965) und Meier-Faust und Richter bestätigen dies. Meier-Faust folgert daraus Schwierigkeiten bei der Identitätsfindung, damit würden keine gesunden Abwehrmechanismen aufgebaut und der Körper sei empfänglicher für Krankheiten, auch für Krebs. (1977)
Cramer kommt zu dem Schluß (1977), daß heute noch nicht ganz geklärt sei, durch welche Kompenenten im Leben eines Menschen der Krebs-Risikotypus geprägt werde. Dies finde jedoch in der primären Sozialisationsphase durch bestimmte frühkindliche Erlebnisse statt.
Auch nach Paloucek et al. (1965) spielt eine schlechte Kindheit in der Carcinogenese vor allen anderen Faktoren die wesentliche Rolle.

Bezüglich der Erlebnisse in Kindheit und Jugend scheinen sich Brustkrebs- und Genitalkrebspatientinnen nicht zu unterscheiden. Sie ähneln sich im Gegenteil sehr und entsprechen darüberhinaus den Ergebnissen bei allen anderen Arten von Krebs, die sich im Laufe der Jahre herauskristallisiert haben (Bahnson, LeShan), wenn man davon absieht, daß es immer Autoren gibt, die diese Befunde nicht bestätigen können, aus welchen Gründen auch immer.

B Ereignisse vor Krankheitsausbruch

Verschiedene Autoren haben ihre Patienten auf Ereignisse vor dem Ausbruch der Krebskrankheit hin untersucht. Dies können z.B. Verluste naher Angehöriger, andere Streßerlebnisse verschiedener Art, depressive Verstimmungen, häufige somatische und psychosomatische Erkrankungen sein.

Muslin et al. (1966), (Fragebogen und Interwiev), Snell et al. (1971) (Interwiev), Greer et al. (1975) (Interview) und Schonfield (1975) (Schedule of Recent Experience SRE) konnten diese These nicht bestätigen, sie fanden bei Brust- und Genitalcarcinompatientinnen und bei den Kontrollpersonen eine ähnliche Anzahl von Streßerlebnissen und Verlusten, wobei nach Greer das Wort "Streß" alles, was (subjektiv) ernste und langanhaltende emotionale Störungen hervorruft, beinhaltet.

Becker (1979), Beck (1975), Németh et al. (1975) psychosomatische Anamnese und Fragebogen), Meier-Faust (1977) (Interview und psychometrischer Fragebogen) und Neumann (1959) (Anamnese) konnten bei ihren Patientinnen Verlusterlebnisse eruieren.

Offensichtlich unterscheiden sich Brust- und Genitalkrebspatientinnen auch im Hinblick auf einschneidende Erlebnisse vor Krankheitsausbruch nicht.

C Beziehungen zu den Mitmenschen

a) allgemein

In sehr vielen Studien wird auch das Verhalten der Krebspatienten zu ihrer Umwelt beschrieben und versucht, Kausalzusammenhänge herzustellen. Németh und Mezei (1975) bemerken hierzu, daß ja der Mensch sein Leben zum großen Teil im Kreise seiner Angehörigen und am Arbeitsplatz verbringe, und daher chronische Erkrankungen am ehesten auf Ursachen in diesem Bereich zurückzuführen seien.

Blohmke (1976) geht darüber hinaus, indem sie von einem sozio-psychosomatischen Wirkungsfluß spricht; das risikoträchtige Verhalten werde primär von der Umwelt determiniert.

Erstaunlichweise findet man hier zum ersten Male in der Literatur nahezu übereinstimmende Ergebnisse, nur wenige Autoren können das Bild, welches sich hier von der Krebspatientin ergibt, nicht bestätigen (Herms et al., 1977, benützte einen Fragebogen; Coppen et al., 1963, verwandte den MPI).

Hier finden sich auch zum ersten Male entscheidende Differenzen zwischen Frauen mit Brustkrebs und solchen mit Genitalkrebs:

die Brustkrebspatientinnen zeigen ein sozial erwünschtes Verhalten, sind anpassungsfähig, autoritätsgläubig (Jäger, 1981, psychometr. Tests; Wirsching et al., 1981, Interwiev; Schreiweis, 1980, Fragebogen; Cramer et al., 1977, Fragebogen; Beck et al., 1975, Interwiev).

Die Patientinnen leben zurückgezogen, sind einsam, die Kontaktfreudigkeit ist schlecht (Wirsching 1981), die sozialen Beziehungen sind gestört, die Umwelt wird als Bedrohung erlebt (Brown 1961).

Sie werden als unselbständig beschrieben (Wirsching), jedoch auch zwanghaft, was sich in Gewissenhaftigkeit, Leistungsorientierung, Ordnungs-

liebe, Sparsamkeit äußert (Beck). Ihren Mitmenschen begegnen sie mit Aufopferung, Altruismus.

Nicht so die Frauen mit Genitalkrebs: sie sind kontaktfreudiger (Herms 1977), wobei diese Kontaktfreudigkeit oberflächlicher Natur zu sein scheint, denn gleichzeitig leben sie doch einsam und zurückgezogen, sind mißtrauisch der Umwelt gegenüber (Rotkin et al., 1965: "segregate tending", benützte das Interwiev als Erhebungsinstrument). Meier-Faust et al. (1977) beschreibt sie als egoistisch, schlecht anpassungsfähig, rücksichtslos, andere ausnützend. Sie sind selbständiger, unabhängiger (Herms 1977; Kehrer 1959).

b) zum Ehepartner

Entsprechendes Verhalten ist auch im ehelichen Bereich und in der Sexualität zu finden:
Frauen mit Brustkrebs erleben die Partnerbeziehung beeinträchtigt durch depressive Züge, Zwanghaftigkeit, Angst vor Hingabe (Beck et al., 1975) die Ehebeziehung ist unglücklich, jedoch stabil (Neumann 1959), sie haben weniger Partner, heiraten später, sind später sexuell aktiv Herms et al., 1977; Snell et al., 1971; Brown et al., 1961).
Wheeler et al. und Bacon et al. (1952) sowie Tarlau et al. (1951) sprechen von gehemmter Sexualität (Bacon: "abscheuliche weibliche Pflicht"), die Patientinnen bei Neumann (1959) empfinden Gleichgültigkeit oder gar Abscheu der Sexualität gegenüber.
Vielfach wurde auch gefunden, daß Frauen mit Brustkrebs seltener schwanger waren (Herms 1977, Snell 1971, Zippin 1971, Reznikoff 1955; widerlegt jedoch von Pauli und Trotnow 1973) und daß sie häufiger an Hyper- und Dymenorrhoe litten (Herms 1977).

Reznikoff erklärt das mit einem Nicht-Akzeptieren-Können der weiblichen Rolle, Herms prägt den Begriff des Rollenfindungskonfliktes. Becker (1979) spricht von "Amazonenkomplex": die Frauen sind aktiv kämpferisch, eher männlich, Zärtlichkeit und Gefühle sind blockiert. Sexuelle Konflikte finden bei Frauen mit Brustkrebs ihren Niederschlag in Insuffizienz- und Minderwertigkeits-, Schuldgefühlen (Bacon 1952). Mit Becker könnte man sie als sexuell unreif, unverantwortlich, schlecht angepaßt bezeichnen(1979).
Herms beschreibt sie als auf dem oralen Niveau stehengeblieben, Schreiweis kann diese Befunde jedoch nicht bestätigen.

Die Frauen mit Genitalkrebs dagegen sind triebhafter, "instinkthafter", das Über-Ich ist schwach, sie sind genital fixiert (Herms 1977). Sie führen ein aktives Sexualleben, haben viele Partner, und Promiskuität ist bei ihnen häufiger.
Als ausgeglichenes Sexualleben kann dies allerdings auch nicht bezeichnet werden: Stevenson (1954) spricht von "poor sexual adjustment", nach Paloucek et al. (1966) und Meier-Faust (1977) bestehen unlösbare Partnerkonflikte, die psychosexuelle Reife und Formung ist gering.
Auch die Einstellung zur Ehe ist als lockerer, unverkrampfter anzusehen.
Auch in den vergleichenden Studien von Wheeler et al. (1955) und Tarlau et al. (1951) ist nachzulesen, daß Genitalcarcinompatientinnen sexuell weniger gehemmt sind als Mammacarcinompatientinnen.
Bemerkenswert ist, daß diese Eigenschaften lediglich auf Frauen mit Cervix-Carcinom zutreffen - Frauen mit Corpus-Carcinom ähneln signifikant den Frauen mit Mamma-Carcinom, (Herms 1977), bei Paloucek (1966) sind sie den (gesunden) Kontrollpersonen ähnlich.

Ein integratives Modell der Frau mit Cervix-Carcinom entwickelt Neuser (1982):

Ausgangspunkt für die Besonderheiten im Sexualverhalten sei die labile Geschlechtsidentität, die sich entwickle "aus der Beziehung zu den primären Objekten, die in der Identifizierung mit den phallischen Attributen der Mutter und der Ausbildung einer idealisierten Vaterimage resultiert. Der Identitätskonflikt wird bei Eintritt in die Menarche aktualisiert, denn dann wird es für das Mädchen schwieriger, seine Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht zu leugnen, eine unsichere weibliche Geschlechtsidentität bleibt jedoch bestehen. Die Aufnahme heterosexueller Partnerbeziehungen würde demnach eine stärkere Abgrenzung vom männlichen Geschlecht ermöglichen, was den frühen Zeitpunkt der Kohabitarche erklärt. Die Partnerwahl orientiert sich auf dem Hintergrund der primären Objektbeziehungen entweder an der phallischen Identifikation mit der Mutter und führt dann zur Wahl eines als unterlegen perzipierten Mannes, oder an der idealisierten Vaterimage und führt dann zur Wahl eines als überlegen perzipierten und idealisierten Mannes.

Beide Modi der Partnerwahl führen nicht zu einer Konfliktlösung, da sie im einen Falle regressive Wünsche weitgehend unbefriedigt lassen, im anderen Falle die Zerstörung der Vaterimage nur durch die Abwertung des realen Partners umgangen werden kann.
Die Konsequenz ist Unzufriedenheit mit der Partnerbeziehung. So erscheint die Trennung vom Partner als mögliche Lösung, dadurch jedoch entstehen Unsicherheiten der Geschlechtsidentität neu und das Trauma des Vaterverlustes hat seine aktuelle Entsprechung.

Es etabliert sich ein Zirkel, der gekennzeichnet ist durch sexuelle Aktivität und darauf folgende Frustration, die die zugrundeliegenden Konflikte aktualisiert und Anlaß zu neuer sexueller Aktivität gibt."

Neuser schränkt jedoch ein, daß damit nicht die Ätiologie des Cervix-Carcinoms geklärt sei, "hierzu müßte das fehlende Glied zwischen Sexualverhalten und maligner Zellveränderung geschlossen werden."

Er führt ein Ergebnis aus der experimentellen Krebsforschung an, in welchem gefunden wurde, daß während der Adoleszenz physiologischerweise die Phagocytosebereitschaft der Cervixzelle für DNA-haltige Partikel (auch für Spermien) erhöht ist (Coppleson and Reid 1968). Damit wäre ein Bezug zu epidemiologischen Untersuchungen gegeben, denen zufolge sich Cervix-Carcinom-Patientinnen am stärksten im frühen Zeitpunkt der Kohabitarche von Vergleichsgruppen unterscheiden. (Eicher et al., 1977).

Wirsching (1979) faßt die Ergebnisse, welche für das Mamma-Carcinom gefunden wurden, zur "Trias der Brustkrebskranken" zusammen: gestörte Weiblichkeit, depressiv-masochistische Tendenzen und Konfliktmeidung bzw. ungelöste Konflikte (siehe auch D).

Auch Baltrusch (1980) spricht von einem Nicht-Annehmen-können der weiblichen Rolle in all ihren Teilbereichen, und dies äußert sich bei Frauen mit Brustkrebs in Rückzug, bei Frauen mit Genitalkrebs dagegen in extremer Extraversion.

c) zu den Kindern

Den Begriff des Rollenfindungskonfliktes dehnt Herms (1977) auch auf die Beziehung zu den Kindern, die Mutterrolle aus.
Es besteht eine unbewußte Ambivalenz oder Ablehnung den Kindern gegenüber (Beck 1975, Reznikoff 1955, Bacon 1952).

Neumann (1959) beschreibt, daß die Patientinnen in Träumen Aggressionen gegen die Kinder hatten. Entscheidene Unterschiede zwischen Brustkrebs- und Genitalkrebspatientinnen sind jedoch nicht auszumachen.

d) zur Mutter

Besondere Aufmerksamkeit wird auch der Beziehung zur Mutter gewidmet. Hier liegen vor allem Studien an Frauen mit Brustkrebs vor.
Bacon et al. (1952) und Tarlau et al. (1951) sprechen von einem ungelösten feindlichen Konflikt mit der Mutter, einer ungelösten Mutterbindung.
Die Brustkrebspatientinnen haben Furcht und Schuldgefühle der Mutter gegenüber, es besteht eine unbefriedigende und oral unbefriedigte Beziehung zu ihr (Neumann 1959).
Die Abhängigkeit wird auch bei Németh et al. (1975) deutlich: die Patientinnen richten sich in ihrer Partnerbeziehung nach dem Wunsche der Mutter.
Beck et al. (1975) spricht von einer Symbiose zwischen Mutter und Tochter:
"Die Aufrechterhaltung der Beziehung zur Mutter bedeutete einen wesentlichen Lebensinhalt für die Patientin und der Schutz der Tochter eine Lebensaufgabe für die Mutter. Mit dem Tode der Mutter verlor die Tochter ein lebenserhaltendes Regulativ, ihr Ideal-Selbst, das sie durch keine

inneren Repräsentanzen ersetzen konnte....

Das Mammacarcinom kann auf einer symbolischen Ebene verstanden werden als das auf der Eigenleiblichkeit sichtbar dargestellte Sterben eines Teiles des Selbst, den die Mutter repräsentiert hat, ... als eine mißlungene Trauerreaktion."

D Persönlichkeitsmerkmale

Von verschiedenen Autoren wurden bestimmte Persönlichkeitsmerkmale herausgearbeitet, denen zufolge sich Carcinompatienten von anderen Menschen unterscheiden sollen. Auch hier besteht zwischen Brust- und Genitalkrebs kein Unterschied.

a) Gefühle

Schreiweis (1980,Fragebogen), Cramer (1977, Fragebogen), Morris et al. (1975, Interview und psychometr. Tests), Beck et al. (1975, Interview) und Brown (1961, projektive Tests) fanden bei ihren Brustkrebspatientinnen eingeschränkte bis starre Emotionalität, Brown und Bacon (1952) zusätzlich Schuldgefühle.
Angst, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung arbeiteten Green et al. (1979, Interview), Todd et al. (1978, psychometr. Tests), Pauli et al. (1972, MMPI), Schonfield (1975, psychometr. Tests), Beck et. al. (1975, Interview) und Bacon (1952, Interview) heraus.

Die Genitalcarcinompatientinnen bieten ein ähnliches Bild: Schmale & Iker konnten in ihren drei Studien (1966,1971) mittels Interview und MMPI ein Potential an Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit, Verzweiflung nachweisen, wohingegen Herms et al. (1977) diese Befunde nicht bestätigen konnte.

Er fand jedoch Schuld- und Insuffizienzgefühle auch hier, sowie ein großes Maß an Dysphorie.

Meier-Faust et al. (1977) beschreibt seine Genitalkrebspatientinnen als mit diffusen ins paranoide weisenden Ängsten und einem Gefühl der persistierenden Lebensunfähigkeit und Ausweglosigkeit und der negativen Lebensbilanz belastet.

Auch Kehreret al. (1959) spricht von der Angst und Todesfurcht bei seinen Patientinnen.

Neumann und Beck finden folgendes Bild:

Schuldgefühle, Selbstkritik, Selbstanklage, Selbstbestrafungstendenzen, Hoffnungslosigkeit, Sanftmut, Geduld, Demut.

Tarlau et al. findet bei Brust- und Genitalkrebspatientinnen eine negative Lebenseinstellung, Angst und Spannung, wobei diese bei Genitalkrebspatientinnen ausgeprägter ist.

b) Verarbeitungsmechanismen

Von wesentlicher Bedeutung scheinen die Verarbeitungsmechanismen zu sein, die ein Mensch, abhängig von seiner primären Persönlichkeitsstruktur (Kehrer, 1959), anwendet, um mit negativen Gefühlen und Erlebnissen fertig zu werden.

Verres (1978) beschreibt die Abwehrmechanismen als interindividuell variable Art der Neubewertung von Situationen, je nach "kognitivem Horizont"; dieser sei beeinflußbar.

So fallen einigen Autoren - sowohl bei Brust- als auch bei Genitalkrebs - verstärkte Realitätszuwendung, Aktivität, Heroismus, Ehrgeiz auf (Wirsching 1981, Becker 1979, Beck 1975, Németh 1975, Schmale 1971, 1966), Eigenschaften, die man als Mechanismen der Verdrängung interpretieren könnte.

Direkte Angaben über Verdrängung und Verleugnung von Problemen finden sich bei Becker (1979), Beck (1975) und Bacon (1952), der von einer "Fassade der Freundlichkeit" spricht, bei Wirsching (1981), Todd (1978), Morris (1981, 1975), Schonfield (1975, Meier-Faust (1977) ("überkontrollierte Fassade"), Németh (1975), Huggan (1968) ("Maske der Gefälligkeit").

Nahezu alle Autoren fanden diese Eigenschaften bei den Krebspatientinnen sehr viel stärker ausgeprägt als bei den Kontrollpersonen.
Pettingale et al. (1981) versuchten einen psychoimmunologischen Ansatz:
sie untersuchten in einer prospektiven Studie (5 Jahre) 69 Frauen mit Brustkrebs im Hinblick auf ihre Verarbeitungsmechanismen der Mastektomie und konnten diese in folgende Klassen einteilen: "Verleugnung", "Kämpfergeist", "Stoisches Akzeptieren", "Hilf- und Hoffnungslosigkeit".
Patientinnen mit "Kämpfergeist" hatten signifikant niedrigere Werte von IgM, IgA, IgG als Frauen mit "Stoischem Akzeptieren" oder "Verleugnung" - ein Hinweis darauf, daß das Immunsystem vom Verhalten beeinflußt wird. Insbesondere bestätigen sie mit dieser Studie Ergebnisse von 1977.

Nicht so erfolgreich waren Katz et al. (1970, 1980) in ihren psychoendokrinologischen Untersuchungen:
während 1970 eine positive Korrelation zwischen einem Scheitern der Ich-Verteidigungsmechanismen und der Cortisol-Metabolit-Exkretion bestand, konnten 10 Jahre später bei den entsprechenden Patienten diese Werte nicht mehr gefunden werden.

Die Erforschung der für die Änderung der Sekretion von Hormonen wichtigen oder entscheidenden psychologischen Bedingungen steht mit Sicherheit erst am Anfang.

Weitere Arten der Verarbeitung von Problemen finden sich bei Cramer et al. (1977: Religiosität, magisches Denken und bei Herms et al. (1977): die Patientinnen weinen signifikant häufiger.

c) Ich-Schwäche und Regression

Mehreren Untersuchungen zufolge zeichnen sich Krebspatientinnen durch eine geringe Ich-Stärke aus, manche Autoren stellen sogar regressive Elemente fest.

So finden Beck (1975), Pauli et al. (1972, Huggan et al. (1968), Brown (1961) und Bacon (1952) Selbstunsicherheit, Selbstverleugnung, ein Gefühl der Hilflosigkeit und Wertlosigkeit, Meier-Faust spricht von einem lebenslangen Mangel an Selbstrealisation, einer mangelhaft angelegten Ich-Struktur, mangelnder Eigenwahrnehmung, ja Lebensunfähigkeit, einer Abhängigkeit von sich selbst und dem eigenen Körper (1977).

Shrifte (1963) beschreibt die Krebspatientin, insbesondere diejenige mit schlechtem Krankheitsverlauf, als jemanden, der viel gibt aber wenig nimmt, der gehemmt ist.

Beck (1975) und Kehrer (1959) finden einen Mangel an steuernden und regulierenden Kräften der Psyche, ein besonders lebhaftes Emfindungsvermögen, Sensibilität, Labilität und Vorsicht, Zaghaftigkeit. Die Krebspatientin ordnet sich gerne unter.

Nicht so Schmale et al. (1966): hier wird die (Genital-) Krebspatientin als unabhängig, selbständig, ehrgeizig, mit perfektionistischen Zielen und Idealen beschrieben.

Neumann spricht von einem Mangel an Subjekt-Sein, einem Sich-Nicht-Wehren-Können und Ausgeliefert-Sein. Die Patientinnen tun immer das, was andere gerne wollen, aus Angst, deren Zuneigung zu verlieren (1959).
Auch Wirsching findet Aufopferung und Altruismus (1981).

Im Vergleich zwischen Brust- und Genitalkrebspatientinnen charakterisiert Tarlau et al. (1951) die Frauen ebenfalls so, jedoch sind die Symptome bei Brustkrebspatientinnen wesentlich stärker ausgeprägt. Vier Jahre später jedoch kann Wheeler et al. in einer Studie keine Unterschiede finden.
Unter dem Begriff "Regression" könnte man zusammenfassen, daß Frauen mit Brustkrebs auf einem primitiven oralen Niveau stehengeblieben sind, (nach Brown 1961, Neumann 1959, Wheeler 1955, Tarlau 1951). Herms (1977) konnte diese Aussage jedoch nicht bestätigen.
Genitalkrebspatientinnen hingegen sollen sich auf einer genitalen Stufe der Entwicklung befinden (nach Wheeler 1955, Tarlau 1951). Herms (1977) beschreibt diese Frauen als Patientinnen mit einer größeren Fähigkeit zur Ich-Regression und einer geringeren Über-Ich-Kontrolle; das Triebhafte ist stärker.
Kehrer (1959) und Tarlau (1951) beobachten eine allgemeine Verarmung, die vor allem im Rorschach deutlich wird:
Einschränkung des Gedankenkreises auf die Erkrankung, Wortarmut, Einsilbigkeit.

d) Depressionen

Eine depressive Tendenz, gemessen mit dem MPI in retrospektiven Studien, fand Herms (1977) bei Frauen mit Mamma- und Corpus-Carcinom, jedoch nicht bei Frauen mit Cervix-Carcinom.
Auch Schmale et al. (1966,1971) fand in seinen bedingt prospektiven Untersuchungen mittels des MMPI Depressionen, jedoch gerade bei Frauen mit Cervix-Carcinom.
Schonfield hingegen (1975) konnte mit demselben Test, ebenfalls bedingt prospektiv, das Merkmal "Depression" bei den von ihm untersuchten Brustkrebspatientinnen nicht finden.
Todd (1978, Brustkrebspatientinnen, bedingt prospektive Studie) wie auch Beck (1975 Brustkrebs, retrospektiv) und Meier-Faust (1977, Genitalkrebs, retrospektiv) wiederum stellten mit Hilfe des MMPI Depressionen fest.

Beck definiert depressive Charakteranteile "im Sinne von Verzichtneigung, Unfähigkeit zur Gestaltung eigener Wünsche, untergründige Sinnlosigkeitsgefühle, Rückzug aus Objektbeziehungen, Tendenz zur Selbstanklage und Selbstbeschuldigung", also Merkmale, die auch schon weiter oben aufgeführt wurden.
Neumann (1959), Kehrer (1958) und Bacon (1952) bedienten sich in retrospektiven Untersuchungen des Interviews und fanden ebenfalls depressive Züge bei ihren Brust- und Genitalcarcinompatientinnen.
Baltrusch (1964) beschreibt, daß man mittels antidepressiver Medikamente (Chlorpromazin, Reserpin) das Krebsrisiko senken könne.
Wohingegen in psychiatrischen Kliniken unter den depressiven Patientinnen keine erhöhte Krebserkrankungsrate gefunden wurde. (Rassediakis 1972,1975, aus Ziegler)

e) Neurotizismus

Sind Patientinnen mit Carcinom neurotischer als andere Frauen?

Dieser Parameter wurde gemessen mit dem EPI, und während Herms (1977, Brust- und Genitalkrebs) und Rotkin (1965, Genitalkrebs) diese Frage bejahten, fanden Greer (1981, Brustkrebs) und Bond (1969, Genitalkrebs) niedrigere Neurotizismuswerte bei den Carcinompatientinnen als bei den Kontrollpersonen.
Coppen (1963, Brustkrebs) fand überhaupt keinen Unterschied, so daß dieser Punkt als wertlos angesehen werden muß.

Sehr interessant sind die Ergebnisse von Fisher et al. (1956), der Brust- und Genitalkrebspatientinnen mit Hilfe des Rorschach auf ihre Körpervorstellungen hin untersuchte:
Genitalcarcinompatientinnen glaubten ihre Köprperoberfläche als durchlässig, wohingegen Frauen mit Brustkrebs ihre Körperoberfläche als undurchdringliche Barriere erlebten.Sie erklären das mit Grundunterschieden in der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur, ohne jedoch eine genauere Erläuterung zu geben.

E Die Hypothesen von L.L.LeShan

"Bereits früh im Leben, augenscheinlich während der ersten sieben Lebensjahre, wird die Fähigkeit des Kindes zur Entwicklung von engen Objektbeziehungen eingeschränkt oder geschädigt. Dies geschieht häufig durch den Verlust eines Elternteiles, den Tod eines Geschwisters oder den Verlust eines anderen nahen Angehörigen. Aus dieser Situation heraus erfährt das Kind, daß die Beziehung zu geliebten Objekten mit Schmerzen und dem Gefühl der Verlassenheit verbunden ist; Einsamkeit und Isolation ist das häufige Schicksal eines Kindes nach einem solchen Ereignis. In der dem Kinde eigenen Vorstellung wird dies mehr einem eigenen Versagen als dem Einbruch von zufälligen Ereignissen zugeschrieben; Schuldgefühle und Selbstvorwürfe sind deshalb die unausweichlichen Folgen.

Diese traumatische Krise ist nun jedoch nicht von so zeitlicher Dauer oder Intensität, um augenfällige neurotische Symptome hervorzurufen oder die betroffene Person in die Richtung der Psychose zu drängen, die im Falle weiterer späterer Belastungen auftreten könnte.
Oberflächlich gesehen handhabt die betroffene Person ihre emotionale Anpassung an die Umwelt in adäquater Form, jedoch mit der Orientierung, daß soziale Objektbeziehungen gefahrvoll seien und daß im eigenen Ich sehr viele schlechte und unrechte Dinge vorhanden sind.
Diese Einstellung persistiert und färbt das gesamte spätere Leben. In die Beziehungen zu anderen Menschen wird daher nur sehr wenig wirkliche Energie investiert.

Diese emotionalen Verbindungen zu anderen Menschen bleiben wesentlich oberflächlich.
Unabhängig von dem, was sonst im Leben erreicht wird, herrschen bei der betroffenen Person Gefühle des Versagens vor. Im Sinne Kierkegaards könnte man hier von einer 'Verzeiflung des Selbstsein' sprechen.

Zu einer gegebenen Zeit dieser Entwicklung - bei unseren Patienten in der Regel die späte Adoleszenz oder das frühe Erwachsenenalter - tritt eine Situation an die betroffene Person heran, die eine Gelegenheit zu intensiven Beziehungen zu anderen Personen bietet.
Diese wird nun als Chance genommen, um die gefühlte tiefe innere Einsamkeit zu beenden. Diese Möglichkeit wird dabei auch irgendwie als 'sicher' angesehen.
Nach einer Periode des langsamen und vorsichtigen Annäherns beginnt die betroffene Person nun, sich dieser neuen Beziehungsmöglichkeit zuzuwenden.
Die Gefühle der Einsamkeit und der Isolation, des 'Verlorenseins' werden dabei mit der Aufnahme der Beziehung deutlich schwächer, verschwinden jedoch nie ganz. Die zu gewinnende Beziehung wird nun unter Aufwand von großer Energie angestrebt, gibt sie doch schließlich dem eigenen Leben Sinn und Gehalt. ...

Diese Situation hielt für kürzere oder längere Zeit an, dann beendeten äußere Lebensumstände diese Objektbeziehung.

... Die unmittelbare Reaktion der Patienten hierauf war unterschiedlich. Einige Patienten machten verzweifelte Anstrengungen, die verlorenen Objektbeziehungen durch andere zu ersetzen.

... Andere schienen durch diesen Schicksalsschlag vernichtet zu sein. Oberflächlich gesehen versuchten aber alle, sich 'anzupassen'. Das Leben ging weiter, aber es fehlten ihm die Hoffnung und der Sinn. Eine rechte Befriedigung und Freude an irgendwelchen Lebensbezügen konnten sie nirgends mehr finden. Das, was sie stets gefürchtet hatten, war eingetreten und schien nun ihr unauswechliches Los zu sein; die völlige Isolation und Abweisung.
Der einzige Ausweg aus dieser Situation schien dabei die Aufgabe der eigenen Existenz zu sein.
... Obgleich sie den Tod fürchteten, wünschten sie nicht länger zu leben. ...
Dabei kehrten die Patienten in ihrer Phantasie wieder zu ihrer früheren Orientierung, daß das eigene Ich sehr viel schlechte und unrechte Dinge enthält, zurück, die es anderen Menschen unmöglich macht, mit ihnen in enge Objektbeziehungen zu kommen. Sie bemerkten an sich eine Abnahme der Lebensenergien, überhaupt verlor das Leben für sie an Farbe und Inhalt.

In dieser Grundverfassung manifestierten sich... die ersten klinischen Symptome der Krebskrankheit, in einem Zeitraum von sechs Monaten von bis zu acht Jahren nach dem Verlust einer signifikanten Objektbeziehung."

LeShan entwickelte dieses Persönlichkeitsprofil im Verlauf von zehn Jahren, in denen er die Lebensläufe von 300 Krebspatienten untersuchte und auswertete. Alle 300 erhielten einen Persönlichkeitsfragebogen, den Worthington Personal History Test. Zusätzlich wurden an

125 Personen klinische Interviews durchgeführt.

20 Personen wurden darüberhinaus einer Psychotherpie unterzogen.

Trotz des bestechenden Bildes, welches uns hier von der Krebs-persönlichkeit gegeben wird, muß man doch auf einige gravierende Mängel hinweisen, die selbiges in Frage stellen:

die Studie ist retrospektiv und an Kranken mit weit fortgeschrittenen Tumoren durchgeführt worden; die Tumoren sind verschiedenster Art.

Projektive Tests und nicht standardisierte Interviews sind nicht objektiv genug. (Ziegler 1982)

F Die Komplementaritätstheorie von C.B. Bahnson

Auch Bahnson beschreibt aufgrund vieler Untersuchungen an Krebspatienten (1966, 1969) eine ähnliche Lebensgeschichte wie LeShan (1978):

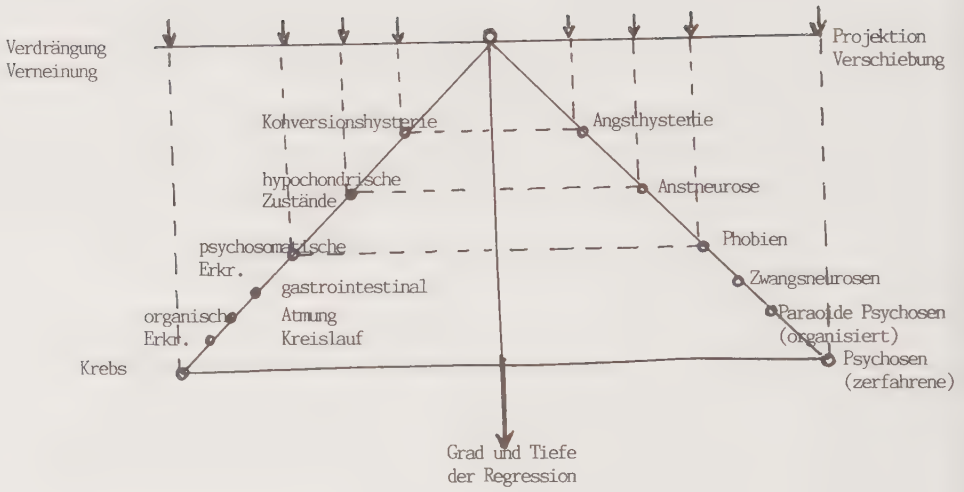
" 1. Kindheitstraumen. Verlust von geliebten Objekten. Ungeborgenheit und elterliche Kälte.

2, Als alle Erlebnisse prägende Grundstimmung: die Gewißheit, daß alles schiefgehen muß bei gleichzeitigen Schuldgefühlen.

3. Wiederholungszwang selbstdestruktiven Verhaltens.

4. Die Entwicklung eines Doppellebens oder Doppelselbst, in dem realistische und adaptive Ich-Operationen getrennt von paralell existierenden Gefühlen des Verwundetseins, des Nicht-Geliebtwerdens, Isoliertseins und Verlassenheit existieren."

Darüberhinaus beschäftigte er sich besonders mit Abwehrmechanismen und entwickelte folgendes Komplementaritätsmodell aufgrund von Untersuchungen an zahlreichen Patienten mittels Interviews, Fragebögen und projektiver Tests (1966,1969):


Verdrängung
Verneinung
Projektion
Verschiebung
Konversionshysterie
Angsthysterie
hypochondrische
Zustände
Anstneurose
psychosomatische
Erkr.
Phobien
gastrointestinal
Zwangsneurosen
organische
Erkr.
Atmung
Kreislauf
Paranoide Psychosen
(organisiert)
Krebs
Psychosen
(zerfahrene)
Grad und Tiefe
der Regression

Erklärung:

" Im somatischen Bereich spielen sich ähnliche Vorgänge ab wie bei der psychischen .. Regression (bei Neurosen und Psychosen).
Wenn Verdrängung anstelle von Projektion die Hauptlast der Abwehrprozesse übernehmen muß, erfolgt die Verschiebung der Triebenergie in den somatischen Bereich. Dann finden wir eine Stufenfolge immer tiefergehender somatischer Regressionen, beginnend mit der Konversionshysterie bis hin zur tiefsten Regression im Bereich der Zellmitosen, d.h. der Zellentwicklung und -organisation.
Diese letzte Stufe hätte dann eine Parallele zur Zellproliferation in den frühesten Fötalstadien und - vielleicht noch wichtiger - der vorsexuellen Fortpflanzung und einer längst überwundenen phylogenetischen Vergangenheit."

Ziegler (1982) bezeichnet die Annahmen Bahnsons als äußerst spekulativ und stellt die Frage, ob "die Autoren in dieser nicht nur normativen, sondern extrem abwertenden Weise auch mit ihren Patienten sprechen."

Er bezeichnet die Theorie Bahnsons als nicht hinreichend belegt und valide, die Informationen über die Untersuchungen seien zu dürftig; es werde eher das (sehr einseitige und wenig einfühlsame, wenn nicht abwertende) Bild eines Tumorpatienten, der bereits manifest erkrankt ist, nicht jedoch das des potentiell Krebskranken dargestellt.

6. Bewertung der Untersuchungsmethoden

Probleme psychosomatischer Krebsforschung spricht Blohmke (1976) an:

"Wie kann man den Menschen als seelisch-Körperliche Einheit erfassen? Die soziale Umwelt in ihrer Vielfalt muß definiert und in ihrem Einfluß quantifiziert werden.
Dazu kommt als vermittelnde Größe die Psyche als reichlich abstrakter und vager Begriff."
Nach Baltrusch (1963b) fehlen klare psychodynamische Definitionen, das Unbewußte sollte mit analytisch orientierten Methoden untersucht werden, das schränkt jedoch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse sehr stark ein.

Todd (1978) fordert von einer psychologischen Untersuchung, daß zwischen der Beobachtung und der Ergebnisfeststellung möglichst wenige Schritte stehen, daß zwischen den Beurteilern Reliabilität besteht, daß die Daten valide sind und benützt werden können, um Verhalten vorher zu sagen, daß die Untersuchungen wiederholbar sind und daß verschiedene Untersuchungsmethoden unabhängig voneinander zu demselben Ergebnis führen ("Konvergenz der Operationen").
Außerdem (Muslin 1966) müssen geeignete Patienten ausgesucht werden. ("Wenn Patienten im Final- oder Praefinalstadium untersucht werden, kann man nicht mehr von einer Ätiologieforschung sprechen!", so Kehrer et al., 1959.)

Die Kontrollgruppen müssen adäquat sein, es muß eine operationale Begriffsdefinition stattgefunden haben.

Sehr suspekt erscheint jedoch die Aussage von Cutler et al. (1952), welcher ganz einfach "ein Gespür für einen Lebenslauf, welcher ein Carcinom zur Folge hat" fordert.

Pauli et al. (1972) fordern in ihrer Studie eine ganze Testbatterie, dadurch werde die Anzahl der Störvariablen vermindert, das Erinnerungsvermögen verbessert, Fragebögen als Erhebungsinstrument würden jedoch von den Patientinnen als unpersönlich empfungen, durch Mißverstehen entstünde Mißtrauen und Ablehnung, da sie sich als Teilnehmende eines "Experimentes" fühlten.

Tarlau und Smalheiser (1951) sprechen sehr für die Verwendung des Rohrschach als die wertvollste Untersuchungsmethode, womit die Körperbilder mit Reliabilität und Objektivität dargestellt werden. Zeichentests sollten zur Unterstützung dienen, wohingegen Interviewmaterial vom Patienten verzerrt werden könne. Aus diesem gehe jedoch hervor, daß der Rorschach Persönlichkeitsmerkmale wiedergebe, welche schon vor der Erkrankung existent waren und nicht erst das Ergebnis des Krankheitsprozesses seien.

Auch Kehrer et al. (1959) sprechen sich für projektive Testmethoden aus als eine Möglichkeit, eventuell das aufzudecken, was die Kranken absichtlich oder unabsichtlich verschweigen, da die Testperson nicht weiß, wie die Leistung im einzelnen Test mit ihren seelischen Inhalten zusammenhängt.

Die Verschiedenheit der Mittel macht eine Beurteilung der Ergebnisse außerordentlich schwierig, ein Vergleichen nahezu unmöglich.

Ein Problem wird auch mit der Behauptung von Greer et al. (1975) und Coppen (1963) aufgezeigt:
daß nämlich unterschiedliche Untersuchungsmethoden zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, mindestens aber verschiedene Schwerpunkte gesetzt werden.
Praktisch heißt das, daß man mit der Untersuchungstechnik die Ergebnisse in die gewünschte Richtung steuern kann und stellt somit Ernsthaftigkeit der psychosomatischen Krebsforschung in Frage.
Vielerlei Einwände wurden laut sowohl gegen eine prospektive als auch insbesondere gegen eine retrospektive Vorgehensweise bei der Merkmalsfindung.
Bei retrospektiven Untersuchungen wissen sowohl Patient als auch Untersucher von den Leiden (Blohmke 1977).
Es ist nicht klar, wie viele Vorurteile der Untersucher projiziert (daher sollten Tonbandaufzeichnungen und unabhängige Beurteiler zugezogen werden), wie die Frau durch das Carcinom bereits verändert wurde und eher psychoreaktive Verhaltensweisen an den Tag gelegt werden als Carcinom-auslösende Merkmale (Wirsching 1981, Schmale 1966).

Die Patientinnen können sich oft gar nicht mehr an alle Erlebnisse erinnern, übertreiben oder verschweigen absichtlich oder unbewußt manches; dadurch wird das Ergebnis verzerrt, da eventuell wichtige, den Patienten tief beeindruckende und seelisch beeinflussende Dinge gar nicht gesagt werden (Morris 1981, Kehrer 1959).

Für die retrospektive Studie sprechen sich Snell et al. (1971) aus: da auch die Kontrolgruppe gleichermaßen vom Untersuchungsstreß betroffen sei, von demselben Untersucher exploriert werde, komme der Fehler nicht zum Tragen. Diese Argumentation erscheint unlogisch, da der Krebspatient durch seine Erkrankung ungleich viel mehr bedrängt ist als eine Vergleichsperson, welche nur leicht oder gar überhaupt nicht erkrankt ist, zumindest aber keinen Krebs hat, welcher ja ein besonderes Stigma für den Menschen unserer Zeit in unserer Gesellschaft bedeutet.

Eine teilweise Entkräftung erfahren obige zwei Haupteinwände durch bedingt prospektive Untersuchungen (Wirsching 1981):

Patient und Untersucher kennen die Diagnose nicht, alle Frauen werden vor der Probeexcision und damit unter denselben Bedingungen untersucht. Damit, so Schmale (1966), werde das Carcinom-Potential, nicht jedoch das Carcinom-Bewußtsein wiedergegeben.
Prospektive Untersuchungen erfahren jedoch ihre Einschränkung durch den Krebs als chronisches Leiden - niemand kennt den Zeitpunkt seines Beginns, welchen Untersuchungszeitraum soll man also ansetzen?
Dasselbe trifft jedoch auch für retrospektive Untersuchungen zu: wie weit soll man zum Beispiel in der Streßforschung zurückgehen? (Bräutigam 1981, Wirsching 1981, Paloucek et al., 1966)
Ein weiteres Problem solcher (bedingt) prospektiven Studien stellt sicher die Vorinformation des Patienten dar.
Jeder Probeexcision bei Verdacht auf ein Carcinom gehen verschiedene Voruntersuchungen voraus. Die damit gewonnene Information wird meist schon vor der Biopsie den Patientinnen mitgeteilt, vor allem dann,

wenn die Biopsie nur noch den letzten Rest an Verdacht auf ein Carcinom ausräumen soll (Ziegler 1982).

Problematisch ist auch die Zusammenstellung einer adäquaten Kontrollgruppe. Nach Baltrusch (1964b) dürfte eine solche erst dann gebildet werden, wenn geeignete biologische oder immunologische Verfahren vorlägen, welche eine Krebsdisposition mit Sicherheit ausschließen oder indizieren könnten. Das erscheint auch heute noch vollkommen unmöglich.
Die Vergleichbarkeit mit den Krebspatienten wird eingeschränkt dadurch, daß unter den Kontrollpersonen eine große Vielfalt herrscht, z.B. bezüglich des Alters, der Art der Erkrankung, der Gruppengröße.

Damit stellt sich auch die Frage, ob die gefundenen Unterschiede angesichts der großen Varianzen auch des Normbereichs überhaupt valide sein können (Ziegler 1982).

Studien ganz ohne Kontrollkollegtiv sind in ihrer Wertigkeit als noch geringer einzustufen.

Wählt man gesunde Personen ins Kontrollkollektiv, so wird man dagegen einwenden können, daß dieselben kein Krankheitserlebnis haben und daher den Test ganz anders begegnen (Brown 1961).
Benigne Tumoren dagegen können eine Präkanzerose darstellen (Greer et al., 1975, Beck et al., 1975), zum Beispiel die Mastopathie, und damit das Ergebnis erheblich verzerren.
Wie schon erwähnt beeinträchtigen gutartige Erkrankungen einen Patienten nicht so massiv wie das Bewußtsein, an Krebs zu leiden.

Schmale (1971) sagt jedoch, daß verschiedene psychische Situationen auch zu verschiedenen psychosomatischen Erkrankungen führen. Auf Reize vielfältigster Art gebe es auch vielfältigste Reaktionsweisen, daher auch vielfältigste Erkrankungen, je nach Persönlichkeit (Spezifität der psychischen Situation). Allgemein gehe Erkrankungen oft eine Phase des Aufgebens voraus, beim Carcinom sei diese vom Typ der Hoffnungslosigkeit.

Einwände sind auch zu finden gegen die Gruppe der Krebspatientinnen - bis auf wenige Ausnahmen ist die Personenzahl recht gering. Der Querschnitt ist oft nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung (z.B. Frauen aus der Vorsorgeuntersuchung,(Schreiweis 1980). Sind die Ergebnisse dann überhaupt valide und auf die Allgemeinbevölkerung übertragbar?

Krebspatienten und Kontrollpersonen sollten gleich alt sein, da sonst das Ergebnis verfälscht wird. Nach Becker et al. (1979) und Cutler et al. (1952) scheinen nämlich ältere Patienten emotional unabhängiger und adäquater angepaßt zu sein. Becker beschreibt bei jüngeren ein besseres Erinnerungsvermögen und eine geringere Idealisierungstendenz; die psychische Komponente spielt bei ihnen eine größere Rolle.

Die Bedingung der Gleichaltrigkeit wird - wenn überhaupt eine Altersangebe erfolgt ist - nur selten erfüllt.

Eine fast nicht zu erfüllende Forderung ist die nach der Homogenität: Alter, Bildung, Herkunftsmilieu sollten berücksichtigt werden, ebenso wie die Frage des histologischen Typus und des Stadiums der Krebserkrankung (Zipplin 1971). Ein und dasselbe Organ kann somit auf verschiedene mögliche Arten an Krebs erkranken - fraglich ist, ob jeweils auch ein spezifisches Persönlichkeitsmuster zugrunde liegt, was die Problematik unendlich viel größer macht.

Dazu schreibt Schreiweis (1980): psychische Konflikte drücken sich aus in einem bestimmten Organ mit einer bestimmten Rolle im Organismus, ja nach der Art des Konfliktes - daher muß die Brustkrebskranke eine andere psychische Konstellation haben als die an Genitalkrebs Erkrankte oder der Magenkrebspatient - vor der Erkrankung erfuhr das Organ eine negative Besetzung (s.a. Roemer 1954, Schmale 1966: Problem der spezifischen Organwahl).

Betrachtet man die vorliegenden Studien unter diesen Gesichtspunkten, so muß man leider feststellen, daß keine derselben allen Forderungen gerecht wird, insbesondere gemessen an rein biologisch orientierten Arbeiten; daher scheinen auch sämtliche gefundenen Ergebnisse fragwürdig.

Dennoch, so Beck et al. (1975), sei das Verständnis für krebskranke Frauen erweitert worden. Dem kann ich nicht ganz zustimmen, denn ich glaube kaum, daß man erst nach mit solchem Aufwand betriebenen Studien auf die Krebskranken und ihre daraus folgende spezielle Problematik aufmerksam wurde; und ernstzunehmende Ergebnisse bezüglich der Ätiologie sind ja leider nicht gefunden worden.

Auf die verschiedensten Arten wurden Ergebnisse herausgearbeitet und im nächsten Augenblick (mit anderen oder denselben Methoden) wieder verworfen, so daß die bisherigen Studien nur Versuche darstellen, Leitlinien für zukünftige Forschungen bilden mögen, aber auch Definitionen und Methoden limitiert sind, und man kann daher nur in den vielfach geäußerten Wunsch nach erweiterten und verfeinerten Forschungen einstimmen (Wirsching et al., 1979; Schonfield, 1975; Greer et al., 1975, 1981; Snell et al., 1971; Cutler, 1952; Muslin, 1966; Reznikoff, 1955).

7. Bewertung der Untersuchungsergebnisse

Als ein großer Mangel hinsichtlich der Ergebnisse ist zu werten, daß nicht alle Patienten im Hinblick auf alle Punkte untersucht wurden, so daß zwar ein sehr breites Spektrum an Ergebnissen gefunden wurde, jedoch diese selten bestätigt wurden.

Besseres Erinnerungsvermögen und geringere Idealisierungstendenzen und eine bei jüngeren Menschen größere Rolle spielende psychische Komponente seien laut Becker (1975) der Grund dafür, daß sich eine gestörte Familienmatrix bei jüngeren Patientinnen häufiger finde als bei älteren. Es erhebt sich die Frage, ob man unter diesen Umständen den Erlebnissen in Kindheit und Jugend überhaupt ein krebsauslösendes Potential zukommen lassen darf, insbesondere, da sich ja Patienten mit verschiedenen Arten von Krebs nicht unterscheiden.

Auch die Ergebnisse der Streßforschung sind mit Vorsicht zu beurteilen, denn jeder Mensch ist täglich Streßmomenten ausgesetzt. Sehr gewichtig erscheint mir deshalb die Aussage von Németh et al. (1975) und Beck (1975), daß nicht das einschneidende (negative) Erlebnis von Bedeutung ist, sondern die Art der Trauerreaktion:
"Nicht der Verlust, sondern seine psychischen Konsequenzen sind wesentlich." (Németh)
Auch die Meinung von Baltrusch und Kehrer geht in diesselbe Richtung:
"Es ist entscheidend, auf welchen Boden das Verlusterlebnis fällt, denn Streßerlebnisse sind ubiquitär. Es gibt die Möglichkeit, mit Hoffnungslosigkeit zu reagieren oder aber das Erlebnis adäquat zu verarbeiten,

um dann zu einer Neuorientierung zu gelangen." (Baltrusch 1969)
"(es ist) die Annahme nicht von der Hand zu weisen, daß bei entsprechender seelischer Struktur ungünstige Lebenssituationen und Konflikte das Wachstum eines Krebses zumindest beeinflussen." (Kehrer 1959)
Auch Jäger schreibt hierzu (1983), daß es auf die subjektive Verarbeitungsstrategie ankomme, auf die interindividuelle Disposition, etwas als Stressor zu empfinden und zu verarbeiten, da Streß durchaus auch stimulierende und nicht nur beeinträchtigende Potenz habe.

Schmale et al. (1966, 1971) haben einen anderen Erklärungsversuch: sie sprechen davon, daß eine Präkanzerose, also eine eindeutige organische Veränderung vorhanden sein muß, damit ein Potential an Hoffnungslosigkeit oder ein kürzlich durchgemachtes negatives Erlebnis wirken und ein Carcinom zur Entwicklung bringen kann; es muß also eine Grundkrankheit, oder mindestens eine Krankheitsbereitschaft vorliegen (s.a. Baltrusch 1969, A. Mitscherlich).
In diesselbe Richtung gehen Befunde von Becker et al. (1979) und Schreiweis (1980), die auf häufige somatische und psychische Erkrankungen vor Krebsausbruch hinweisen.

Petschke (1956) und Baltrusch (1969) jedoch sehen psychische Belastungen als den Allgemeinzustand und die Abwehrkraft schwächende Faktoren an, welche dadurch den Tumor zu verstärkten Wachstum verhelfen bzw. dieses erst ermöglichen.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß Stressoren gleich welcher Art kein krebsverursachender Wert beigemessen werden kann.

Eine weitere Einschränkung erfährt die Streßforschung dadurch, daß die einzelnen Untersuchungen verschiedene Zeiträume ansetzen. So findet man z.B. bei Meier-Faust et al. (1977) nur 1 - 2 Jahre, während die Untersuchungen von Becker et al. (1979) bis zu 14 Jahre zurückreichen.

Kontroverse Ansichten erheben sich auch aus dem Befund, daß Frauen mit Brustkrebs ein anderes Sexualverhalten, eine andersartige Beziehung zu ihrem Ehepartner haben. Nach Reznikoff müssen die Ergebnisse mit Zurückhaltung beurteilt werden (1955), da sie aus retrospektiven Untersuchungen gewonnen wurden und daher eine Reaktion auf den Brustkrebs seinkönnen; stellt doch die Erkrankung der Brust einen enormen Angriff auf die weibliche Identifikation dar (die Brust als Symbol für Fortpflanzung und Weiblichkeit).
Auch dann, wenn das Problem des Rollenfindungskonfliktes, wie Meier-Faust (1977) sich ausdrückt, auf Kindheitserlebnisse zurückzuführen ist.

Gefragt werden muß auch, woher die lockere Einstellung zur Sexualität bei Frauen mit Genitalkrebs kommt.
Eine Folge von Erziehung oder Kindheitserlebnissen kann es nicht sein, da ja in der Erforschung der frühkindlichen Erfahrungen keine signifikanten Unterschiede gefunden wurden.
Anlagebedingte Faktoren sind auch auszuschließen, da sich Genitalkrebspatientinnen auch in ihrer Persönlichkeit von Brustkrebspatientinnen nicht unterscheiden.

Zu diskutieren bliebe die Frage einer nicht-psychischen Ursache (Viren, Bakterien, toxische Stoffe) Zippin 1971, Trotnow 1972, '73, Rotkin 1962).
Baltrusch schreibt hierzu (1964b), daß bei der Erfassung psychologischer Tatbestände das körperliche Moment nicht übersehen werden dürfe. Damit bleibt offen, ob anlagebedingte, körperliche Faktoren am Anfang stehen ("somato-psycho-somatisch" nach Bräutigam, 1981) eventuell im Sinne einer Krankheitsbereitschaft, einer vorliegenden Grundkrankheit (Schmale 1966).

Auch Neuser (1982) erhebt mit seinem integrativen Modell keinen Anspruch auf die ätiologische Abklärung des Cervix-Carcinoms, da "hierzu das fehlende Glied zwischen Sexualverhalten und maligner Zellveränderung geschlossen werden müßte."

Sehr fragwürdig im Hinblick auf eine ursächliche Bedeutung für die Krebskrankheit erscheinen auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, wie zum Beispiel negative Gefühle:
Baltrusch (1964b) merkt hierzu ganz richtig an, daß "Verzweiflung" als unspezifischer Faktor auch als Hintergrund für eine ganze Reihe anderer Krankheiten gefunden wurde.

Auch Verarbeitungsmechanismen wie Verdrängung, Verleugnung mögen allgemein jedem Menschen eigene Merkmale sein, die, auch in projektiven Tests, durch das Wissen bzw. Ahnen um die Krebserkrankung nur besonders deutlich hervortreten (Schreiweis 1980, Schmale 1966), gewissermaßen

als "Überlebensstrategie" (Bräutigam 1981), also keine ätiologische Bedeutung haben.

Auch das Merkmal "Depression" als ursächlichen Faktor sollte man kritisch beurteilen - verursacht es malignes Wachstum (Depression als lebenslanges Verhaltensmuster) (Morris et al., 1981; Rotkin et al., 1965; Cutler et al., 1952) oder ist die Depression als Reaktion zu verstehen auf die Erkrankung (Bräutigam 1981)?
Aufgrund der bisherigen Befunde wird man wohl eher zur zweiten Aussage neigen.
Auch Bacon (1952) versteht die gefundene depressive Verstimmung als Ausdruck des Vorbewußtseins drohender Gefahr für den Körper und mißt ihr keine ätiologische Bedeutung zu.

Sehr vage ist die Frage des Neurotizismus-Potentials in der Literatur beschrieben. Da sehr wenige Untersuchungen mit konträren Ergebnissen veröffentlicht wurden, darf dieser Punkt als wertlos angesehen werden.

Wichtig ist sicher die Aussage von Herms (1977), wonach die Persönlichkeit keine isolierte Ursache des Krebses darstellt, sondern Teil eines multifakoriellen Geschehens ist.

Auch sind die Persönlichkeitszüge fließend und für einzelne Krankheiten nicht scharf voneinander getrennt (Krause 1983).
Für die Herausarbeitung und gesicherte Darstellung weiterer Persönlichkeitsmerkmale sind wohl weitere und vor allem anders geartete Studien notwendig.

Gegen das bei Frauen mit Mamma-Carcinom gefundene Persönlichkeitsprofil hält Wirsching (1981), daß dieses auch Ausdruck und Teil des Rollenklischees der um die Jahrhunderwende geborenen Frau und deren immer wiederkehrenden Erfahrungen sein könnte.

Man kann sicher Becker (1979) und Cramer (1977) recht geben, wenn sie behaupten, daß die psychosomatische Krebsforschung sich noch im Stadium der Hypothesen, Vermutungen, Theorien befinde und bisher noch keine klar herausgearbeiteten und unwidersprochen gebliebenen Komponenten der Krebspersönlichkeit existieren.
Meyerowitz (1980) bezeichnet die Ergebnisse der psychosomatischen Krebsforschung sogar als anekdotenhaft, nicht organisiert, unzusammenhängend, unschlüssig, verwirrend, insgesamt als eher mager. Dennoch kann sie unabhängig voneinander gefundene Gemeinsamkeiten nicht bestreiten.

Auch Wirsching sagt, daß es für die Ursächlichkeit bestimmter psychologischer Faktoren bei Krebs keine Beweise gebe, jedoch seien trotzdem gewichtige Ergebnisse gefunden worden, die mit weiteren psychologischen Forschungen untermauert werden müßten, wofür er drei Leitperspektiven angibt: vorher definierte Risikomerkmale; Beachtung der komplexen Wechselwirkungen (endokrin, immunologisch, genetisch, psychosozial, metabolisch), keine Versteifung auf isolierte Persönlichkeitsmerkmale; klinische Verlaufsstudien, welche Ursachenfaktoren mit Fragen der Betreuung bereits Erkrankter verknüpfen (1979).

Baltrusch (1964b) spricht von der Möglichkeit der prophylaktrischen Erfassung und Beratung krebsdisponierter und krebsgefährdeter Menschen. Bei entsprechender pädagogisch-psychologischer Ausbildung der Ärzte könnten die Patienten positiv beeinflußt werden.

Auch schon Cutler (1952) beschreibt die gefundenen Ergebnisse als statistische Trends - für den einzelnen bleibe dabei genügend Individualität bestehen. Diese Trends seien jedoch von heuristischem Wert und hätten zumindest eine Bedeutung zum Beispiel für die Nachsorge (Psychotherapie, sekundäre und tertiäre Prävention) (s.a. Wheeler 1955, Jäger 1981).

Die allermeisten Studien lassen die Verbindung zwischen den psychologischen Befunden und der Krankheitsentstehung offen (Baltrusch 1964, Fritzsche 1976, Wirsching 1979, Jäger 1983). Auch Snell et al. (1971) und Wheeler (1955) stellen fest, daß die Natur der Verbindung zwischen konstitutionellen Faktoren und Neoplasma noch unbekannt ist.

Insbesondere, so Fritzsche (1976) müsse das Nervensystem mit einbezogen werden, über dieses habe man Zugang zu Psyche, Psychologie und Krebs (s.a. Baltrusch 1964a).

Auch Jäger (1983) stellt die Frage, ob das Nervensystem evtl. eine zentrale Steuerungsfunktion übernehme für das bisher als autonom erachtete Abwehrsystem des Körpers. Er fragt weiter, ob dies eine immuntherapeutische Konsequenz habe und fordert eine interdisplinäre Zusammenarbeit zwischen den beiden "black boxes", der Experimentalpsychologie und der Immunologie.

8. Zusammenfassung

Angesichts der immer aktueller werdenden Frage nach der psychischen Verursachung von Krankheiten allgemein ist in den letzten Jahrzehnten auch speziell in der Krebsforschung nach Ursachen im seelischen Bereich gesucht worden.

In dieser Arbeit werden nur Veröffentlichungen von Untersuchungen berücksichtigt, welche sich mit Brust- und Genitalkrebs bei Frauen befassen.
Insgesamt konnten 41 Studien gefunden werden, wovon die erste 1951, die letzte veröffentlichte Studie 1981 durchgeführt wurde.
Darüberhinaus wurde viel Übersichtsliteratur im Hinblick auf kritische Meinungen und Bewertungen geprüft.

Die (bedingt) prospektive Untersuchung wurde zugunsten der retrospektiven Untersuchungsweise viel seltener benützt.
Die psychologische Exploration wurde auf verschiedene Arten durchgeführt:
Interview, Anamnese, Fragebogen, "persönliche Beobachtung", dann auch spezielle psychometrische Testmethoden wie zum Beispiel der MMPI, STAI, MPI, IPAT, HDHQ, usw., sowie projektive Tests (Rorschach, TAT, Sentence Completion Test, u.a.) kamen zur Anwendung. Meist wurden mehrere Methoden kombiniert, und fast immer mit einem Interview verbunden.

Frauen mit Mamma-Carcinom wurden häufiger psychometrischen Tests unterzogen, während Frauen mit Genital-Carcinom eher mittels projektiver Tests geprüft wurden.

Abgesehen von den Studien, die ohne Kontrollkollektiv arbeiteten (7), sind solche mit Kontrollpatientinnen mit benigenen Tumoren und gesunde Kontrollpersonen in der Überzahl.

Die Angaben über Krebspatientinnen und Kontrollpersonen bezüglich des Alters, des Berufs und gesellschaftlichen Status, des Krankheitsstadiums und -verlaufs, des Untersuchungszeitraums bzw. -punkts, der Histologie, des Grading und Staging des Tumors müssen als nicht hinreichend bezeichnet werden.

Die Ergebnisse der psychosomatischen Krebsforschung sind uneinheitlich, zum Teil widersprechen sie sich sogar.

Bezüglich der Erlebnisse in Kindheit und Jugend und auch im Hinblick auf einschneidene Erlebnisse vor Krankheitsausbruch scheinen sich Brust- und Genitalkrebspatientinnen nicht zu unterscheiden.
Sie ähneln sich im Gegenteil sehr und entsprechen darüberhinaus den Ergebnissen bei allen anderen Arten von Krebs, die sich im Laufe der Jahre herauskristallisiert haben: die Mehrzahl der Autoren fand hierbei eine spannungsgeladene, unerfreuliche Kindheit, negative, frühkindliche Erlebnisse und gestörte "Objektbeziehungen" in der Kindheit als wesentliche Faktoren in der Carcinomgenese.

Uneins waren sich die Autoren bei dem Faktor belastende "Ereignisse vor Krankheitsausbruch": während in 4 Studien diese Hypothese nicht bestätigt werden konnte, fanden 5 Autoren sehr wohl Verlusterlebnisse unmittelbar vor Krankheitsausbruch.

In den Beziehungen zu den Mitmenschen bietet sich doch ein ziemlich einheitliches Bild von der Krebspatientin, insbesondere finden sich

auch Unterschiede zwischen Frauen mit Brust- und Frauen mit Genitalkrebs:

Brustkrebspatientinnen sollen anpassungsfähig und autoritätsgläubig sein, einsam und zurückgezogen leben, die Kontaktfähigkeit sei gestört, die Umwelt werde als bedrohlich erlebt.

Die Patientinnen seien unselbständig, gewissenhaft, leistungsorientiert, sparsam, den Mitmenschen gegenüber altruistisch; das Sexualleben sei gehemmt, sie werden als sexuell unreif, "oral" fixiert beschrieben, auch den Kindern gegenüber bestehe eine unbewußte Ambivalenz oder Ablehnung. All das resultiere aus einem Nicht-Akzeptieren-Können der weiblichen Rolle, einem Rollenfindungskonflikt.

Es wird die "Trias der Brustkrebskranken" beschrieben: gestörte Weiblichkeit, depressiv-masochistische Tendenzen, Konfliktmeidung bzw. ungelöste Konflikte.

Genitalkrebspatientinnen werden als schlecht anpassungsfähig, egoistisch, selbständig und unabhängig, mit großer, jedoch oberflächlicher Kontaktfreudigkeit beschrieben; das Sexualleben sei aktiv, triebhaft, es bestehe eine "genitale Fixierung"; jedoch auch diese Eigenschaften sowie die Ambivalenz den Kindern gegenüber seien Folge der sexuellen Unreife, des Rollenfindungskonfliktes, eines labilen Geschlechtsbewußtseins, welche sich schon in der Kindheit aufgrund einer gestörten Beziehung zu Mutter und Vater herausbilde.

Der Rollenfindungskonflikt äußere sich bei Frauen mit Brustkrebs in Rückzug, bei Frauen mit Genitalkrebs dagegen in extremer Aussenzuwendung.

Bei Brustkrebspatientinnen wird noch besonders die Beziehung zur eigenen Mutter hervorgehoben, welche "symbiotischer" Natur sein soll.

In verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen (Gefühle, Verarbeitungsmechanismen, Ich-Schwäche und Regression, Depressionen, Neurotizismus) sollen sich Krebspatienten von anderen Menschen unterscheiden. Zwischen Brust- und Genitalkrebspatientinnen besteht auch hier kein Unterschied.
Mit Ausnahme des Merkmals "Neurotizismus" konnten alle die Eigenschaften bei den Krebspatienten in gegenüber der Norm verstärktem Maße gefunden werden.

Vorgestellt wurden weiterhin die Krebsentstehungstheorien der beiden bekanntesten Krebsforscher auf pschosomatischem Gebiet: C:B. Bahnson und L.LeShan, die versuchen, ein Bild der Gesamtpersönlichkeit des Krebskranken und seines Lebensbereiches zu geben und nicht nur Teilaspekte zu beleuchten.

Die psychosomatische Krebsforschung ist vielfach ins Kreuzfeuer der Kritik geraten, und einige der wesentlichsten Argumente sollen hier angeführt werden.
Die Untersuchungen sind immer mit methodischen Mängeln behaftet (z.B. Retrospektivität, nur das Interwiev als Erhebungsinstrument, selten Wiederholung von Studien, mangelhafte Kontrollgruppen). Wie weit wird auch das Ergebnis von Untersucher und/oder Patienten bewußt bzw. unbewußt akzentuiert und dadurch in die gewollte Richtung gesteuert?!
Es erhebt sich ohnehin die Frage, ob das Seelische eines Menschen mit naturwissenschaftlich orientierten Untersuchungsinstrumenten erfaßt werden kann.

Außerdem macht die Verschiedenheit der Untersuchungsmittel und untersuchten Personen eine Beurteilung der Ergebnisse außerordentlich schwierig, den Vergleich nahezu unmöglich. Beweise für ein bestimmtes Persönlichkeitsprofil der Krebspatientin gibt es bislang nicht.

Außerdem sehe ich mich auch nicht in der Lage, die Präzision der verwendeten Untersuchungsmethoden zu beurteilen, da dieselbe aus den entsprechenden Veröffentlichungen nicht hervorgeht.

Es erscheint wünschenswert, die Forschungen zu erweitern und zu verfeinern, ja sogar nach neuen Wegen der Erforschung der Psyche zu suchen, evtl. die Tiefenpsychologie verstärkt in diesen Problemkreis einzubeziehen.

Ein großer Mangel aller Untersuchungen ist die immer nur teilweise Erfassung von Merkmalen, so daß zwar ein sehr breites Spektrum an Ergebnissen gefunden wurde, dieselben jedoch selten geprüft und bestätigt wurden.

Ähnliche oder gar gleiche Zusammenhänge sind auch bei ganz anderen, nicht -malignen Krankheiten gefunden worden. Daher sind kausale Beziehungen bislang unsicher und zur Zeit für die Krebserkrankung noch nicht exlizit eruirbar.

Insgesamt darf wohl behauptet werden, daß es sicherlich zwischen der seelischen (und körperlichen?) Gesamtverfassung eines Menschen und einer Krankheit Zusammenhänge gibt. Bislang ist es aber (aufgrund obiger Argumente) nicht möglich gewesen, Voraussetzungen der Erkrankung an Krebs zuverlässig herauszuarbeiten.

9. Kurzzusammenfassung

Die in den letzten 30 Jahren veröffentlichten Studien, die unter dem Thema "Gibt es Ursachen im seelischen Bereich für Brust- und Genitalkrebs bei der Frau?" an Frauen durchgeführt wurden, wurden im Hinblick auf Untersuchungsmethoden und -Ergebnisse durchgesehen und kritisch beurteilt.

Außerdem wurde Literatur berücksichtigt, welche sich allgmein mit dem Thema "Psychosomatik & Krebs" auseinandersetzt.

Die Frauen wurden in Interviews, Fragebögen, psychometrischen und projektiven Tests untersucht.

Unterscheiden sollen sie sich von Menschen ohne maligne Erkrankung in den folgenden Punkten:
mehr negative Erlebnisse in Kindheit und Jugend;
unerfreuliche Ereignisse kurz vor Krankheitsausbruch;
gestörte Beziehungen zu den Mitmenschen;
bestimmte hier häufiger auftretende Persönlichkeitsmerkmale. Nicht bestätigt werden konnten Erlebnisse negativer Art vor Krebsausbruch, ansonsten kam die Mehrzahl der Autoren zu Ergebnissen, die mindestens in dieselbe Richtung weisen. Im Punkt "Beziehungen zu den Mitmenschen" scheinen sich sogar Brust- und Genitalkrebspatientinnen zu unterscheiden.

Bei kritischer Betrachtung der Untersuchungsinstrumente muß man jedoch zu dem Ergebnis kommen, daß diese immer mit methodischen Mängeln behaftet sind. Außerdem ist infolge unzureichender Darstellung in den entsprechenden Veröffentlichungen ihre Präzision nicht prüfbar und beurteilbar.

Die Vielfält der theoretischen Modelle und Methoden bedingt eine große Uneinheitlichkeit der Forschungen und läßt keine bindenden Schlüsse zu; noch weniger sind bislang Beweise vorhanden für eine im Seelischen liegende Krebsverursachung.

Denn ähnliche oder gar gleiche Zusammenhänge sind auch bei nicht-malignen Erkrankungen gefunden worden, so daß wohl gesagt werden darf, daß die Psyche eine Rolle in der Krankheitsauslösung allgemein, jedoch nicht speziell für Krebs, spielt und daneben noch andere Faktoren wichtig sind.

10. Literaturhinweise

1. Achte, K.A., M.-L. Vaukhonen: Karzinom und Psyche. Psychiatria Fennica 3 (1972), 373-377

2. Alexander, Franz: Psychosomatische Medizin, New York 1950, De Gruyter 1971
   daraus Kap. VII: Methodologische Betrachtungen im Zusammenhang mit psychosomatischen Gesichtspunkten (S.28-31)
   und Kap. VIII: Grundzüge des psychosomatischen Vorgehens (S.32-54)

3. Bacon, C.L., R. REnneker, M. Cutler: A Psychosomatic Survey of Cancer of the Breast. Psychosomatic Medicine 14 (1952), 453-460

4. Bahnson, C.B.: Gegenwärige Strömungen in der psychosomatischen Forschung und Skizzierung eines komplemtären theoretischen Modells. In: Therapie über das Nervensystem. Hippocrates Stuttgart 1966(6), 11-44

5. Bahnson, C.B., M.B. Bahnson: Role of the Ego Defenses: Denial and Repression in the Etiology of Malignant Neoplasm. Annals of the New York Academy of Sciences 125 (1966), 827-845

6. Bahnson, C.B.; Psychophysiological Complementarity in Malignancies: Past Work and Future Vistas. Annals of the New York Academy of Sciences 164 (1969), 319-334

7. Bahnson, C.B.; Das Krebsproblem in psychosomatischer Dimension. In: v. Uexküll, Th. (Hrsg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Urban & Schwarzenberg, München 1979

8. Bahnson, M.B., C.B. Bahnson: Ego Defenses in Cancer Patients. Ann. N.Y. Acad. Sci. 164 (1969), 546-559

9. Baltrusch, H.-J.F.; Probleme, Aufgaben und Grenzen psychosomatischer Neoplasieforschung. Zeitschrift für psychosomatische Medizin 9 (1963), 285-294

10. Baltrusch, H.-J.F., K. Austarheim: Psyche - Nervensystem - Neoplastischer Prozeß. Ein altes Problem mit neuer Aktualität. Teil I: Historische Entwicklung, Soziologie und psychosomatische Epidemilogie der Krebskrankheit, psychosomatische Aspekte der experimentellen Krebsforschung. Zeitschrift für psychosomatische Medizin 9 (1963), 229-245

11. Baltrusch,H.-J.F.: Psyche-Nervensystem-Neoplastischer Prozeß, Teil II: Neurale Relationen. Z. Psychos. Med. 10 (1964), 1-10

12. Baltrusch, H.J.F., K.Austarheim, E.Baltrusch: Psyche-Nervensystem-Neoplastischer Prozeß. Teil III: Klinische Beobachtungen und Untersuchungen zur Psychosomatik der Krebskrankheit mit vorzugsweise psychoanalytischer bzw. psychosomatischer Methodik. Z. psychosom.Med. 10 (1964), 157-169

13. Baltrusch,H.-J.F.: Einige psychosomatische Aspekte zur Krebskrankheit unter Berücksichtigung psychotherapeutischer Gesichtspunkte. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanlayse 15 (1969), 31-36

14. Baltrusch,H.-J.F.: Krebsdiagnose und psychische Reaktionen: Psychosomatische Beiträge zum Verständnis der Krebskrankheit. Therapiewoche 30 (1980), 714-722

15. Bammer,K.: Psychosozialer Streß und Krebsgeschehen - Tier - experimentelle Ergebnisse und Probleme. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 27 (1981), 253-262

16. Bammer,K.: Krebs und Psychosomatik. Kohlhammer Stuttgart 1981

17. Beck,A., M.Springer-Kremser: Die Mastektomiepatientin. Psychosoziale Aspekte - eine Übersicht. Sexualmedizin 10 (1978), 825-831

18. Beck,A., P.Blaser, U.König, J.Styk, O.Ryhiner: Zur Psychosomatik des Mamma-Carcinoms. Z.Psychosom.Med. Psychoanal. 21, (1975), 101-117

19. Becker,H.: Psychodynamic Aspects of Breast Cancer. Differences in Younger and Older Patients. Psychotherapie and Psychosomatic 32 (1979), 287-296

20. Bennete,G.: Psychic and Cellular Aspects of Isolation and Identy Impairment in Cancer: a Dialectic of Alienation. Ann.N.Y.Acad.Sci. 164 (1969), 352-364

21. Beyer,D.A.: Psychosomatik des Krebses. SPV Berlin, 1979

22. Blohmke,M.: Soziale Bedingungen von Krankheiten. Psychosoziale Faktoren und Krankheit. Medizin Mensch Gesellschaft I (1976), 115-121

23. Blohmke,M., M.Dillenz, O.Stelzer: Soziale und psychosoziale Bezüge in der Krebsgenese. MMG I (1976), 32-37

24. Bond,M.R., I.B.Pearson: Psychological Aspects of Pain in Women with Advanced Cancer of the Cervix. Journal of Psychosomatic Research 13 (1969), 13-19

25. Booth,G.: General and Organic-Specific Object Relationships in Cancer. Ann.N.Y.Acad.Sci. 164 (1969), 568-577

26. Bräutigam,W.: Zur Psychosomatik des Krebses. Deutsche Medizinische Wochenschrift 106 (1981), 1563-1565

27. Brown,F.H.Katz, R.Kaufmann: The Patient under Study for Cancer: A Personality Evaluation. Psychosomatic Medicine 23 (1961), 166-171

28. Brown,F.: The Relationship between Cancer and Personality. Ann.N.Y.Acad.Sci. 125 (1966), 865-873

29. Coppen,A., M.Metcalfe: Cancer and Extraversion. British Medical Journal (1963), 18-19

30. Cramer,I., M.Blohmke, C.B.Bahnson, M.B.Bahnson, H.Scherg, M.Weinhold: Psychosoziale Faktoren und Krebs. Untersuchung von 80 Frauen mit einem psychosozialen Fragebogen. Münchner Medizinische Wochenschrift 119 (1977), 1387-1392

31, Derogatis,L.R., M.Abeloff, N.Melisaratos: Psychological Coping Mechanismus and Survival Time in Metastatic Breast Cancer, JAMA 242 (1979), 1504-1506

32. Der Spiegel, 31.10.1977: Krebs durch Seelenschmerz und soziale Qual?

34. Duszynski,K.R., J.W.Shaffer: Neoplasm and Taumatic Events in Childhood. Are They Related? Archives of General Psychatry 38 (1981), 327-331

35. Eicher,W., V.Herms, F.Kubli, A.Meinel, C.Reverey: Soziale, sexuelle und psychosomatische Aspekte bei Mamma-Ca. Medizinische Welt 28 (1977), 1631-1634

36, Eicher,W., V.Herms, F.Kubli, B.Kleinbach: Soziale, sexuelle und psychosomatische Aspekte beim Portiokarzinom. Medizinische Welt 28 (1977), 1786-1789

37. Essen,K.W.: Zur Frage psychischer Wurzeln des Karzinoms. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie (1952), 9-14

38. Fisher,S., S.E.Cleveland: Relationship of Body Image to Site of Cancer, Psychosomatic Medicine 18 (1956), 304-309

39. Fritzsche,U.: Psychosomatische Aspekte der Krebserkrankung. Medizinische Klinik 71 (1976), 922-926

40. Giovacchini,P.L., H.Muslin: Ego Equilibrium and Cancer of the Breast. Psychosomatic Medicine 27 (1965), 524-532

41. Goode,D.J., W.T.Corbett, H.M. Schey, S.H.Suh, B.Woodie, D.L.Morris, L.Morrisey: Breast Cancer in Hospitalized Psychiatric Patients. American Journal of psychiatry 138 (1981), 804-806

42. Gorzynski,J.G., J.Holland; J.L.Katz, H.Weiner, B.Zumoff, D.Fukushima, J.Levin: Stability of Ego Defenses and Endocrine Responses in Women Prior to Breast Biopsie and Ten Years Later. Psychosomatic Medicine 42 (1980), 323-328

43. Greenberg,R.P., Dattore,P.J.: The Relationship between Dependency and the Development of Cancer. Psychos. Med. 43 (1981) 35-43

44. Greer,S., T.Morris: Psychological Attributes of Women who Develop Breast Cancer: A Controlled Study, Journal of Psychosomatic Research 25 (1981), 111-117

45. Greer,S., T.Morris, K.W.Pettingale: Psychological Response to Breast Cancer: Effect on Outcome. The Lancet, October 13 (1979), 785-787

46. Grinker,R.R.: Psychosomatic Aspects of the Cancer Problem. Ann.N.Y.Acad.Sci. 125 (1966), 876-882

47. Grossarth-Maticek,R.: Sozial Psychotherapy and Cours of the Disease. First Experiences with Cancer Patients. Psychotherapy and Psychosomatics 33 (1980), 129-138

48. Grossarth-Maticek,R.: Psychosocial Predictors of Cancer and Internal Diseases. An Overview. Pschotherapy and Psychosomatics 33 (1980), 122-128

50. Herberger,W.: Kurzverläufe bei Krebspatienten unter Beleuchtung ihrer "Kummerskala". Zeitschrift für psychosomatische Medizin 9 (1963), 271-284

51. Herms,V., W.Eicher, R.Scherf, F.Kubli: Die gynäkologische Krebsvorsorge: Soziale, sexuelle und psychosomatische Gesichtspunkte. Medizinische Welt 27 (1976), 452-457

52. Herms,V., W.Eicher, F.Kubli, H.Reinholz: Soziale, sexuelle und psychosomatische Aspekte beim Endometriumkarzinom. Medizinische Welt 28 (1977), 1786-1789

53. Huggan,R.E.: Neuroticism and Anxiety among Women with Cancer. Journal of Psychosmatic Research (1968), 251-259

54. Ing,Ho, Petrakis: Brustkinder senken Krebsrisiko. Sexualmedizin 10 (1978), 189

55. Jäger,R.S., H.Gosslar: Riskikopersönlichkeit und Krebserkrankung. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an Frauen mit Mammacarcinom. 32. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Zürich 1980

56. Jäger,H.: Psychoimmunologie. Münchner Medizinische Wochenschrift 124 (1983), 313-314

57. Jones,E.G., I.Mac Donald, L.Breslow: A Study of Epidemiologic Factors in Carcinoma of the Uterine Cervix. American Journal of Obstetrics and Gynecology 71 (1958), 1-10

58. Katz,J.L., H.Weiner, T.F.Gallagher, L.Hellmann: Stress, Distress, and Ego Defenses, Psychoendocrine Response to Impending Breast Tumor Biopsy. Archives of General Psychiatry 23 (1970) 131-142

59. Katz,J.L.Rothwax,Y.Ackman, E.J.Sachar, H.Weiner, L.Hellmann, T.F.Gallagher: Psychoendocrine Aspects of Cancer of the Breast. Psychosomatic Medicine 32 (1970), 1-17

60. Katz,J.L.: Three Studies in Psychosmatic Medicine Revisited: A Tribute to the Psychobiological Perspective of Herbert Weiner, Psychos.Med. 44 (1982), 29-41

61. Kehrer,H.E., H.H.Rütter: Psychiatrisch-psychologische Untersuchungen an Frauen mit unheilbaren Genitalcarcinomen. Oncologia 12 (1959), 295-304

62. Kissen,D.M.: The Value of a Psychosomatic Approach to Cancer. Ann.N.Y.Acad.Sci. 125 (1966), 777-779

63. Klerman, Izen: Effects of Bereavement and Grief on Physical Health, Advances in Psychosomatics 9 (1973), 81-85

64. Krause,W.H.: Überlegungen zu einer integrierten Psychosomatik. MMW 10 (1983), 197-198

65. Lermer,St.Krebs und Psyche

66. LeShan,L., R.E.Worthington: Some Recurrent Life History Patterns Obseved in Patients with Malignant Disease. Journal of Nervous and Mental Disease 124 (1956), 460-465

67. LeShan,L., L.M.Reznikoff: A Psychological Factor Apparently Associated wirth Neoplastic Disease. Journal of Abnormal and Social Psychology 80 (1960), 439-440

68. KeShan,L.: Untersuchungen zur Persönlichkeit der Krebskranken. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin 9 (1963), 229-245

69. LeShan,L.: An Emotional Life-History Pattern Associated with Neoplastic Disease. Ann.N.Y.Acad.Sci. 125 (1966), 780-793

70. LeShan.: Psychotherapie gegen den Krebs. Klett-Cotta Stuttgart, 1982

71. Lewis,E.: Psychological Response to Breast Cancer. The Lancet, October 13 (1979), 959

72. Lohmann,R., B.Voges: Mammacarcinom. Psychosoziale Aspekte. MMW 121 (1979), 1447-1450

73. Lombard,H.L., E.A.Potter: Epidemiological Aspects of Cancer of the Cervix. Cancer 3 (1950), 960-968

74. Meerwein,F.: Einführung in die Psychoonkologie, Huber, Bern 1981

75. Meier-Faust, Th.,D.Richter: Korrelation zwischen Persönlichkeitsstruktur und Erkrankung an gynäkologischen Karzinomen. Archiv für Gynäkologie 224 (1977), 490-491

76. Meyerowitz,B.E.: Psychosocial Correlates of Breast Cancer and Its Treatment. Psychological Bulletin 87 (1980) 108-131

77. Mezei,A., G.Németh: Untersuchungen zur Psychosomatik maligner Tumoren mit Hilfe des Rorschach-Tests. Zeitschrift für psychosomatische Medizin 9 (1963), 265-270

78. Mezei,A., G. Németh: Regression as an Intervening Mechanism: a System-Theoretical Approach. Ann.N.Y.Acad.Sci. 164 (1969) 560-567

79. Morris,T., H.S.Greer, P.White: Psychological and Social Adjustment to Mastectomy. Cancer 40 (1977), 2381-2387

80. Morris,T., H.S.Greer, K.W.Pettingale, M. Watson: Patterns of Expression of Anger and their Psychological Correlates in Women with Cancer of the Breast. Journal of Psychosomatic Research 25 (1981), 111-117

81. Moses,R., N.Cividali: Differential Levels of Awareness of Illness: Their Relation to some Salient Features in Cancer Patients. Ann.N.Y.Sci. 125 (1966), 984-994

82. Muslin,H.L., K.Gyarfas, W.J.Pieper: Separation Experience and Cancer of the Breast. Ann.N.Y.Acad.Sci. 125 (1966) 802-806

83. Németh,G., A. Mezei: Psychosomatische Untersuchungen an Patientinnen mit benignen und malignen Brust- und Genitalgeschwülsten. Psychosomatische Medizin 5 (1975), 221-229

84. Németh,G., M.Oó: Einige psychoanamnestische und klinische Daten zu den auf die Geschwulstbildung einwirkenden Umweltfaktoren. Betrachtet vom Standpunkt des medizinischen Praktikers. Zeitschrift für psychosomatische Medizin 9 (1963), 262-265

85. Neumann,C.: Psychische Besonderheiten bei Krebspatientinnen. Z. Psychosom.Med. u. Psychoanal. 5 (1959), 91-101

86. Neuser,J.: Das Zervixkarzinom aus psychosomatischer Sicht. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie 30 (1982), 359-366

87. Neyer,U. Zum gegenwärtigen Stand der psychosomatischen Krebsforschung Med.Diss. Tübingen 1983

88. Overall,J.E.: Prior Psychiatric Treatment and the Development of Cancer of the Breast. Archives of General Psychiatry 35 (1978), 898-899

89. Paloucek,F.P.,J.B.Graham: The Influence of Psychosocial Factors on the Prognosis in Cancer of the Cervix. Ann.N.Y.Acad,Sci.125 (1966) 814-816

90. Pauli,H.K.,V.Schmid: Psychosomatische Aspekte bei der klinischen Manifestation von Mamma-Karzinomen - eine psychosomatische Untersuchung. Z. Psychother. med Psychol. 22, (1972), 76-80

91. Pauli,H.K., S.Trotnow: Zur Epidemiologie des Mammacarcinoms. Archiv für Gynäkologie 213 (1973), 271-282

92. Petschke,H.: Psychosomatische Faktoren und Neoplasien. z. Psychosom.Med. (1956/57, 41-45

93. Pettingale,K.W., S.Greer, D.E.H.Tee: Serum-IgA and Emotional Expression in Breast Cancer Patients. J. Psychosomatic Research 21 (1977), 395 -99

94. Pettingale,K.W., T.G.Merrett, D.E.H.Tee: Prognostic Value of Serum Levels of Immunglobulins (IgG, IgA, IgM and IgE) in Breast Cancer: A Preliminary Study. British Journal of Cancer 36 (1977), 550-557

95. Pettingale,K.W.,A. Phiöalithis,D.E.H.Tee, H.S.Greer: The Biological Correlates of Psychological Responses to Breast Cancer. J. Psychosomtic Research 25 (1981), 453-458

96. Plumb,M.,J.Holland: Comparative Studies of Psychological Function In Patients with Advanced Cancer I: Self-Reported Depressive Symptoms. Psychosomatic Medicine 39 (1977), 264-276

97. Plumb,M.,J.Holland: Comparative Studies of Psychological Function in Patients with Advanced Cancer II: Interviewer-Rated current and Past Psychological Symptoms. Psychosom Med. 43 (1981), 243-253

98. Rasmussen, A,F.: Emotions and Immunity
Ann. N.Y.Acad. Sci. 164 (1969), 458-462

99. Renneker, R.,M. Cutler: Psychological Problems of Adjustment to Cancer of the Breast. Psychos. Med. 15 (1953), 87

100. Renneker,: Countertransference Reactions to Cancer. Psychosomatic Medicine 19 (1957), 409-418

101. Renneker,R.,R.Cutler,J.Hora,C.Bacon,G.Bradley,J.Kearney, M.Cutler: Psychoanalytical Explorations of Emotional Correlates of Cancer of the Breast, Psychos. Med. 15 (1963), 106-123

102. Reznikoff,M.: Psychological Factors in Breast Cancer. A Preliminary Study of some Personality Trends in Patients with Cancer of the Breast. Psychos.Med. 17 (1955), 96-108

103. Ringel,E.: Psychosomatische Aspekte der Krebserkrankung. aus Kärcher,K.H.(Ed.): Krebsbehandlung als interdisziplinäre Aufgabe. Springer, Berlin 1975

104. Roemer,H.: Über die Organwahl bei gynäkologischen Organneurosen. Z. Psychother. Psycol. 4 (1954), 218-223

105. Rotkin,I.D.: Relation of Adolescent Coitus to Cervical Cancer Risk. JAMA 179 (1962), 486-491

106. Rotkin,I.D., R.W.King: Environmental variables related to cervical cancer. Am.J.Obstetr.Gynec.83 (1962), 720-728

107. Rotkin,I.D., N.L.Quenk, M.Couchman: Psychosexual Factors and Cervical Cancer. Arch. Gen. Psychiatr. 13 (1965), 532-536

108. Sacerdote,P.: The Uses of Hynosis in Cancer Patients. Ann.N.Y.Acad.Sci. 125 (1966), 1011-1016

109. Schmale,A.H.,H.P.Iker: The Psychological Setting of uterine Cervical Cancer. Ann.N.Y.Acad.Sci.125 (1966), 807-813

110. Schmale,A.H.,H.P.Iker: The Affect of Hopelessness and the Development of Cancer. Psychos.Med. 28 (1966), 714-721

111. Schmale,A.H.P.Iker: Hopelessness as a Predictor of Cervical Cancer. Social Science and Medicine 5 (1972), 95-100

112. Schmale,A.H.: Giving-Up as a Final Common Pathway to Changes in Health. Advances in Psychosomatix Medicine 8 (1972), 20-40

113. Schmidt,U.: Frauenselbsthilfe nach Krebsbehandlung. Fortschritte der Medizin 95 (1977), 1423-1424

114. Shekelle,R.B.,W.J.Raynor,A.M.Ostfeld,D.C.Garron,L.A. Bielauskas, S.C.Liu, C.Maliza, O.Paul: Psychological Depression and 17-Year-Risk of Death from Cancer. Psychos.Med. 43 (1971), 117-125

115. Shrifte,M.L.: Toward Identification of a Psychological Variable in Host Resistance to Cancer. Psychos.Med. 24 (1962), 390-397

116. Simonton,O.S.Matthews-Simonton, T.F.Sparks: Psychological intervention in the treatment of cancer. Psychosomatics 21 (1980), 226-233

117. Snell,L., S. Graham: Social Trauma as Related to Cancer of the Breast. British Journal of Cancer 25 (1971) 721-734

118. Solomon,G.F.: Emotions, Stress, the Central Nervous System and Immunity. Ann.N.Y.Acad.Sci. 164 (1969), 335-343

119. Stavraky,K.M.: Psychological Factors in the Outcome of Human Cancer. J.Psychos.Res. 12, (1968), 251-259

120. Stevenson,J.H., W.J.Grace: Life Stress and Cancer of the Cervix. Psychos. Medicine 16 (1954) 287-294

121. Tarlau,M., I.Smalheiser: Personality Patterns in Patients with Malignant Tumors of the Breast and Cervix. An Exploratory Study. Psychos. Medicine 13 (1951), 117-121

122. Thomas,C.B., R.L.Greenstreet: Psychobiological Characteristics in Youth as Predictors of Five Disease States: Suicide, Mental Illness, Hypertension, Coronary Heart Disease and Tumor. Hopkins Medical Journal 132 (1973), 16-32

123. Thomas,C.B., K.R. Duszynski: Closeness to Parents and the Family Constellation in a Prospective Study of Five Disease States: Suicide, Mental Illness, Malignant Tumor, Hypertension and Coronary Heart Disease, The John Hopkins Medical Journal 134 (1974), 251-270

124. Thomas,C.B., K.R. Dusinski, J.W. Shaffer: Family Attitudes Reported in Youth as Potential Predictors of Cancer. Psychosomatic Medicine 41 (1979), 287-302

125. Todd,P.B., C.J.Magarey: Ego Defenses and Affects in Women with Breast Symptoms: A Preliminary Measurement Paradigm. British Journal of med. Psychol. 51 (1978), 177-178

126. Trotnow,S., H.K.Pauli:Zur Epidemiologie des Korpus-carcinoms. Arch. Gynäkol. 213 (1972), 119-126

127. Trotnow,S., H.K.Pauli: Gibt es soziale Unterschiede zwischen Frauen mit bösartigen und Frauen mit gutartigen Brusttumoren? Geburtshilfe und Frauenheilkunde 32 (1972), 699-701

128. Verras,R.: Wie beeinflußt Angst vor Krebs die Motivation zur Krebsvorsorge? Medizin Mensch Gesellschaft 3 (1978), 153-160

129. Waxenberg,S.E.,J.A.Finkbeiner, M.G.Dreilich,A.M. Sutherland: The Pole of Hormones in Human Behavior. Psychosomatic medicine 22 (1966), 434-442

130. Wenderlein,J.M.: Psychologische Aspekte der Krebsangst MMW 118 (1976), 262-270

131. Wenderlein,J.M.: Psychosomatische Aspekte beim Mammakarzinom, Medizinische Klinik 74 (1979), 1700-1708

132. Wheeler,J.I.,B.Caldwell: Psychological Evaluation of Women with Cancer of the Breast and of the Cervix. Psychosomatic medicine 17 (1955), 256-268

133. Wirsching,M.: Zur Psychosomatik des Brustkrebs - Stand der Forschung und neuere Entwicklungen. Z.Psychos.Med. Psychoanal. 25 (1979), 240-250

134. Wirsching,M.,H.Stierlin,F.Hoffmann, G.Weber, B.Wirsching: Psychological Identification of Breast Cancer Patients before Biopsy. J.Psychos. Research 26 (1982), 1-10

135. Wirsching, M.,H.Stierlin, G.Weber, B.Wirsching, F. Hoffmann: Brustkrebs im Kontext - Ergebnisse einer Vorhersagestudie und Konsequenzen für die Therapie. Zeitschrift für psychosomatische Medizin 27 (1981), 239-252

136. Worden,J.W., A.D.Weismann: Psychsocial Components of Lagtime in Cancer Diagnosis. J.Psychos.Res. 16 (1972)

137. Ziegler,G.: Psychosomatische Aspekte der Onkologie. Enke, Stuttgart 1982

138. Zippin,C.N.petrakis: Identification of High Risk Groups in Breast Cancer. Cancer 28 (1971), 1381-1386

NACHTRAG:

138. Hagnell,O.; The Premorbid Personality of Persons who Develop Cancer in a total Population Investigated in 1947 and 1957, Ann. N.Y.Acad.Sci. 125 (1966), 846-855

139. Bohm,E.: Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik Huber, Bern, 1972

140. Jacob,W.: Der Patient, der Arzt und die Krebskrankheit Ärzteblatt Baden-Württemberg ÄBW 3, 1984, 79-89

141. Mitscherlich,Alexander: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin. Suhrkamp, Frankfurt, 1966,1967, Bd. 1 u. 2

142. Rosemeier,H.P.: Medizinische Psychologie, Enke, Stuttgart 1978

143. Axhonfield,J.: Psychological Factors Related to delayed Return to an Earlier Life-Style in Successfully Treated Cancer Patients, J. Psychos.Res. 16 (1972), 41-46

144. Schonfield,J.: Psychological and Life Experience Differences between Israeli Women with Benign and Cancerous Breast Lesions. J. Psychosom.Res. 19 (1975), 229-234

145. Schreiweis,G.: Das Mammakarzinom unter Berücksichtigung ausgewählter Risikofaktoren und unter psychosomatischem und psychosozialem Aspekt. Dissertation Heidelberg 1980

Lebenslauf

Am 23. Mai 1960 wurde ich, Eveline Kehrle, als Tochter des Heinz Kehrle und seiner Ehefrau Ilse Kehrle, geb. Kilian, in Echterdingen geboren.

Im Dezember 1966 wurde ich in die Grundschule in Echterdingen eingeschult, ab Herbst 1970 besuchte ich das dortige Philipp-Matthäus-Hahn-Gymnasium, wo ich nach 9 Schuljahren im Sommer 1979 das Abitur ablegte.

Ich begann das Studium der Medizin im Wintersemester 1979/80 in Tübingen; nach 4 Semestern legte ich dort das Physikum und nach weiteren 2 Semestern die Ärztliche Prüfung ab.

Zwischen erster und zweiter Ärztlicher Prüfung verfertigte ich unter Anleitung von Professor Dr. W. Kretschmer, Nervenklinik Tübingen, meine hier vorliegende Dissertation.

Im März 1985 fand die zweite Ärztliche Prüfung statt, danach begann ich mit dem Praktischen Jahr im Krankenhaus Esslingen.

Am 23. und 30. April 1986 fanden schriftlicher und mündlicher Teil der dritten Ärztlichen Prüfung in Tübingen statt.

Druck Köhler Tübingen